

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE N° 667
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Jean LOGEAIS

Né le 27 décembre 1910 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Technique et Indications
de l'évidement
sous-maxillaire

Président : M. Ch. LENORMANT

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1940

ANNÉE 1940

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Jean LOGEAI

Né le 27 décembre 1910 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Technique et Indications
de l'évidement
sous-maxillaire

Président : M. Ch. LENORMANT

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.). Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-
 VILLARS Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.		BASSET.	
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.		LEVEUF.	
GASTINEL	Clinique médicale.	MOULONGUET.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).		QUÉNU.	
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.			
METZGER.			
PORTES.			Clinique obstétricale.
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin*

*Qui a bien voulu me faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*Témoignage de mon admiration et de ma
reconnaissance pour l'année, riche d'enseigne-
ments, passée dans son service.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER

*Chirurgien de l'Hôpital Laennec
Chirurgien de la Fondation Curie*

*Au début de ce travail, je suis très heureux
de mêler respectueusement à l'expression de
ma gratitude pour tout ce que vous m'avez
appris, le témoignage de ma très sincère affec-
tion et de ma profonde admiration.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

HÔPITAUX DE RENNES

STAGE

1929-30 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET.

EXTERNAT

1930 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET.

HÔPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

1931-32 : MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARIER

(in memoriam).

1932-33 : MONSIEUR LE DOCTEUR DE GENNES.

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BENARD.

1933-34 : MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE.

EXTERNAT EN PREMIER

1934-35 : MONSIEUR LE DOCTEUR BASCH

(in memoriam).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARCIN.

INTERNAT

1936-37 : MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

(in memoriam).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOU-
LONGUET-DOLERIS.

1937-38 : MONSIEUR LE DOCTEUR DESPLAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR MEILLIERE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ.

1938-39 : MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SE-
NEQUE.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-CH. BLOCH.

1939-41 : MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE
GAUDART D'ALLAINES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL FEVRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ SICARD

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
DIGONNET, TAILHEFER, JOURDAN

A MES AMIS

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

L'étude purement anatomique des ganglions et des réseaux lymphatiques extrêmement fins qui y aboutissent, grâce à des injections colorantes poussées par pression plus ou moins forte, permet de délimiter des zones lymphatiques dont le caractère très schématique s'éloigne parfois des observations faites sur le vivant.

Nous voulons cependant, en tenant compte des observations cliniques, faire un bref rappel anatomique.

Rappel qui nous permettra de préciser *le siège des ganglions* sous-maxillaires et sous-mentaux sur lesquels porte l'évidement, *les territoires anatomiques afférents*.

A) - LES GANGLIONS

Deux groupes ganglionnaires ont une égale importance :

- les ganglions sous-maxillaires qu'il est classique d'enlever ;

- les ganglions sous-mentaux, sur lesquels nous voulons insister.

I. - LES GANGLIONS SOUS-MAXILLAIRES

Ils sont superficiels, situés sur la face externe de la glande sous-maxillaire, entre l'aponévrose cervicale superficielle et la glande. Ils sont placés à la jonction de la face cutanée et de la face osseuse de la sous-maxillaire sur laquelle ils reposent.

Leur nombre est très diversement apprécié par les auteurs, de 3 à 6, en moyenne.

Leur situation anatomique a été schématisée par Stahr. Trois groupes sont échelonnés d'avant en arrière :

— un groupe antérieur placé très en avant, au niveau du bord externe du ventre antérieur du digastrique, au ras de l'artère sous-mentale (Br. de la faciale) ;

— un groupe moyen, de beaucoup le plus important, situé au point où les vaisseaux faciaux croisent le bord inférieur du maxillaire ;

— un groupe postérieur placé en arrière des vaisseaux faciaux, un peu en avant de l'angle de la mâchoire.

Le plus volumineux et le plus fixe de ces ganglions est le ganglion moyen.

— De plus, superficiel et sous-aponévrotique comme les ganglions précédents, on peut voir un ganglion s'isoler du chapelet sous-maxillaire et se placer sur le trajet de la veine faciale, vers le milieu de la face cutanée de la glande.

— Enfin, on peut rencontrer un ganglion dit « sus-maxillaire » qui fait partie des ganglions faciaux. Ce ganglion, également superficiel, repose sur la table externe du maxillaire inférieur (souvent 1 à 3 ganglions) au contact des vaisseaux faciaux, immédiatement au-dessus du ganglion moyen de Stahr qui est sous le bord inférieur de la mâchoire (Prince-teau).

Contrairement à la parotide :

— On admet enfin qu'il n'existe pas de ganglions inclus dans la glande sous-maxillaire. On a signalé (Most, Leaf) des formations essentiellement variables dans leur volume et leur disposition. On ne saurait les regarder comme de véritables ganglions (Poirier).

2. - LES GANGLIONS SOUS-MENTAUX

(inter-digastrique ou sus-hyoïdiens médians)

« On désigne sous ce nom des ganglions compris
« dans le triangle que limitent les ventres antérieurs
« des deux digastriques et l'os hyoïde. Le nombre de
« ces ganglions varie de 1 à 4. Le plus souvent au
« nombre de 2, plus ou moins rapprochés de la ligne
« médiane, un ganglion situé sur le ventre antérieur
« du digastrique établit parfois une transition entre
« ce groupe et les ganglions sous-maxillaires » (Poirier).

Les constatations opératoires amènent à préciser que ces ganglions situés entre les deux ventres anté-

rieurs du digastrique, reposant sur le mylo-hyoïdien, sont souvent situés au ras de l'os dans la concavité maxillaire.

B) - TERRITOIRES LYMPHATIQUES AFFERENTS

- *Les lymphatiques de la portion muqueuse des lèvres.*
- *Certaines zones lymphatiques de la face.*

I. - LES LYMPHATIQUES DES LEVRES

LA LÈVRE INFÉRIEURE. — Riche système de vaisseaux lymphatiques naissant de deux réseaux, l'un sous-cutané, l'autre sous-muqueux, en continuité l'un avec l'autre au niveau du bord libre.

Anatomiquement : on a voulu schématiser des régions et désigner des collecteurs allant à tel ou tel ganglions.

En pratique : les lymphatiques de la lèvre inférieure aboutissent aux ganglions sous-maxillaires et aussi au groupe sous-mental.

Les lymphatiques de la moitié droite de la lèvre allant aux ganglions sous-maxillaires droits et inversement, une lésion médiane pouvant donc ensemen- cer les deux côtés.

En pratique : à côté de cas typiques : d'une part, l'anatomie décrivant des anastomoses entre les deux réseaux sous-cutanés sur la ligne médiane ; les constatations cliniques, d'autre part, permettent de voir une lésion strictement unilatérale donner parfois un

retentissement ganglionnaire des deux côtés et, plus rarement, une adénopathie croisée.

A LA LÈVRE SUPÉRIEURE. — Même réseau sous-cutané et sous-muqueux. Différence toute théorique : les anatomistes ne signalent pas d'anastomoses sur la ligne médiane, Dorendorf signale la possibilité, ici, d'un tronc collecteur aboutissant aux ganglions parotidiens. Ce qui permettrait aux ganglions de la lèvre supérieure de ne pas être situés dans le terrain de l'exérèse chirurgicale que l'on pratique habituellement au niveau de la sous-maxillaire seulement.

Pratiquement, l'étude des cas observés n'a jamais permis de constater de ganglions en dehors de la région sous-maxillaire (56 cas, Ducuing).

—« En résumé : les ganglions sous-maxillaires et « sous-mentaux représentent le premier relai ganglionnaire des lymphatiques des lèvres. Ce n'est « que dans les cas exceptionnels que l'on peut voir « un des vaisseaux brûler cette étape et gagner directement les vaisseaux cervicaux profonds » (Poirier).

On trouve dans certains travaux allemands un essai d'explication anatomique de certaines métastases ganglionnaires anormales.

Noetzel, dans un article de 1906, fait état de travaux reproduits dans l'Atlas anatomique de Toldt (volume 2, figure 1-112) et dit : « Nous voyons comment un rameau important des vaisseaux lymphatiques afférents ne participe pas à la formation du ganglion, mais passant près de lui, s'embrancher d

« rectement sur un vaisseau efférent, si bien qu'il se
« produit une anastomose autour de la glande entre
« les lymphatiques afférents et efférents.

« Druner en fait la preuve par des coupes en série
« après injection dans les lymphatiques de substan-
« ces colorantes et fixatrices.

« Dans ces conditions, on a pu montrer que, au
« cou, par exemple, le passage peut se faire directe-
« ment d'un territoire périphérique dans le canal tho-
« racique grâce à ces anastomoses lymphatiques
« extra-ganglionnaires. Dans ces conditions, le fait
« qu'il y a des voies détournées dans le système lym-
« phatique ne permet pas toujours de trouver les
« adénopathies à l'endroit où il est habituel de les
« rechercher. Cela vaut non seulement pour les affec-
« tions cancéreuses, mais pour toutes les infections.
« La diffusion par la voie lymphatique principale est
« bien la plus fréquente, mais n'est pas la seule. »

Peut-être faut-il voir là l'explication de certaines
adénopathies de siège très anormal.

2. - LYMPHATIQUES DE LA FACE

Les lymphatiques :

— de la face cutanée de la lèvre inférieure,

— de la peau du menton,

— de la partie inférieure de la joue au-dessous
d'une ligne horizontale passant par la commissure
vont électivement et primitivement dans les gan-
glions sous-maxillaires et sous-mentaux (sans vouloir
faire de subtiles distinctions entre ces deux groupes).

C) - TERRITOIRES LYMPHATIQUES
QUI N'ABOUTISSENT PAS AUX GANGLIONS
SOUS-MAXILLAIRES ET SOUS-MENTAUX

- Les autres lymphatiques cutanés de la face.
- Les lymphatiques des cavités buccales.

LES LYMPHATIQUES DE LA FACE :

Situés au-dessus de la ligne horizontale passant par la commissure, ne rentrent plus dans la zone des ganglions sous-maxillaires.

Les lymphatiques de la partie supérieure de la joue vont, les uns aux ganglions sous-maxillaires et aux petits relais des ganglions faciaux ; d'autres troncs, plus rares d'ailleurs, pouvant aller directement aux ganglions cervicaux profonds.

De même, *les lymphatiques du nez* étudiés par Kuttner naissent d'un réseau sous-cutané lâche au niveau de la racine de l'organe, dense au contraire • au niveau de l'aile du nez et du lobule. La plus grande partie (6 à 10 troncs) chemine le long des vaisseaux faciaux et se termine dans les ganglions sous-maxillaires ; d'autres, plus rares, dans le territoire sous-sterno-mastoïdien.

Pour la racine du nez et l'espace inter-sourcillaire, certains troncs peuvent même gagner les ganglions parotidiens soit directement en passant au ras de la paupière inférieure, soit en cheminant le long du bord supérieur de l'orbite comme le font quelques rares troncs collecteurs.

— Les paupières supérieures et inférieures, qui ont un riche réseau sous-cutané et conjonctival maximum au niveau du bord libre, aboutissent pour la plupart aux ganglions parotidiens.

— Les bosses frontales, la région temporale ont également un système lymphatique complexe dont une grande partie aboutit à la région parotidienne.

LES LYMPHATIQUES DES CAVITÉS BUCCALES :

Aucun d'eux n'a un retentissement électif et primitif sur les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux.

Les lymphatiques de la langue. — Nous ne voulons pas revenir sur la description anatomique du réseau riche et complexe qui y prend naissance.

« Les collecteurs se terminent dans les groupes
« sous-hyoïdiens, sous-maxillaires et les ganglions de
« la chaîne jugulaire interne.

« Mais l'importance réciproque de ces différents
« groupes ganglionnaires est loin d'être la même en
« tant qu'aboutissant des lymphatiques de la langue.
« Les ganglions sus-hyoïdiens ne reçoivent que
« quelques lymphatiques de la langue. Quant aux
« ganglions sous-maxillaires, seul le plus antérieur
« d'entre eux a des lymphatiques linguaux comme
« affluents directs et les trois ou quatre troncs qui
« aboutissent à ce ganglion ont un territoire restreint
« aux bords latéraux et à la partie marginale de la
« face dorsale de la langue.

« Par contre, tous les ganglions de la chaîne jugulaire interne compris entre le ventre postérieur du digastrique et le point où les vaisseaux sont croisés par l'omo-hyoïdien, peuvent recevoir des lymphatiques venus de la langue. En particulier, l'amas ganglionnaire dit ganglion de Küttner situé juste au-dessous du ventre postérieur du digastrique est un des aboutissants les plus importants des lymphatiques de la langue. » (Poirier.)

Ici donc, territoire lymphatique beaucoup plus complexe dont les ganglions sous-maxillaires ne représentent qu'un élément.

— *Les lymphatiques de la voûte palatine* : se terminent dans la chaîne sous-sterno-mastoïdienne.

— *Les lymphatiques du plancher de la bouche* : il semble qu'on puisse leur appliquer exactement tout ce qui a été dit pour les lymphatiques linguaux.

— *Les gencives* ont des collecteurs lymphatiques externes, les plus importants, qui vont aux ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux mais aussi des collecteurs internes qui, largement anastomosés avec les précédents, vont aboutir aux ganglions sous-digastriques de la jugulaire interne.

— *Les lymphatiques des fosses nasales*, enfin, aboutissent aux ganglions rétro-pharyngiens et aux ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne et, très accessoirement, aux ganglions sous-maxillaires (Poirier).

En résumé: au point de vue purement anatomique,
— la face muqueuse des lèvres supérieure et inférieure,
— la face cutanée de la lèvre inférieure,
— la peau du menton,
— la joue (face cutanée) au-dessous d'une horizontale passant par la commissure,
sont les territoires qui envoient leurs lymphatiques électivement et uniquement dans les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux.

Cette conclusion demande cependant quelques atténuations.

« L'anatomie fournit certes des renseignements
« précieux, elle permet de prévoir l'envahissement
« habituel, de comprendre certains envahissements
« rares, mais elle ne donne pas la certitude absolue.
« A elle seule, elle ne permet pas de savoir quels
« seront les territoires envahis par le cancer ni la
« fréquence de cet envahissement. C'est l'étude anatomo-clinique d'un cancer donné, l'observation de
« zones envahies, l'étude minutieuse des récidives, la
« confrontation entre l'extension ganglionnaire et le
« siège et l'étendue de la lésion primitive qui doivent
« servir de base à notre connaissance utile de l'extension ganglionnaire et aux règles qui doivent pré-
« sider à nos opérations. » (Roux-Berger.)

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS SUR L'HISTOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DES LYMPHATIQUES CANCÉREUX

HISTOLOGIE

Nous nous devons de signaler le mémoire très important et très documenté de Dubois-Roquebert (Paris, 1924); il fait une étude détaillée au point de vue histologique et pathogénique du retentissement lymphatique des cancers.

Ce travail rappelle et discute les deux théories émises pour expliquer l'envahissement lymphatique à partir de la tumeur primitive : perméation ou embolie cancéreuse. Mais surtout insiste sur le fait que tous les ganglions augmentés de volume, perceptibles dans la zone correspondant à une lésion néoplasique, ne sont pas forcément cancéreux;

- soit ganglions envahis par le cancer,
- soit ganglions purement inflammatoires (on sait la fréquence des atteintes mixtes cancéro-inflammatoires,

— enfin, ganglions simplement hypertrophiés ou mieux hyperplasiques au voisinage d'un néoplasme. Ganglions absolument indemnes de toute atteinte maligne et dont l'hyperplasie reste inexpiquée.

Les travaux de Regaud et Barjon (*Anatomie pathologique du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins*, Paris, 1897) en font état également. Réaction réticulo-endothéliale ou stroma réaction (P. Masson, *Diagnostics de laboratoire*, Paris, 1923) qui aboutirait à une oblitération des vaisseaux lymphatiques et convertirait le ganglion en un bloc fibreux, rétracté, imperméable au cancer.

En conséquence « nous avons été mis de plus en plus en méfiance sur la nature des ganglions du cou perceptibles chez des malades porteurs de cancer. Nous avons acquis la conviction que le diagnostic de l'infestation cancéreuse des ganglions perceptibles ou non perceptibles est impossible sans examen histologique » (Dubois-Roquebert).

Notion qui a une importance pratique considérable.

PATHOGENIE

Si les travaux sur le mode de propagation du néoplasme dans les lymphatiques (Perméation (Sampson-Handley) ou Embolie cancéreuse) ont perdu leur intérêt pratique, une autre question pathogénique s'est posée depuis une dizaine d'années, question qui, elle, a un gros intérêt.

Certains auteurs n'envisagent plus le ganglion cancéreux comme un néoplasme semblable à la tumeur primitive, capable d'un gros développement et d'une pullulation dans un territoire lymphatique plus étendu, ne considèrent plus les ganglions comme le point d'appel presque électif d'un nouveau cancer semblable au premier, mais au contraire se demandent si les lymphatiques ne jouent pas un rôle de barrage (Métivet), si l'ablation des lymphatiques n'est pas plus nuisible qu'utile.

Ces conceptions sur le rôle de la « barrière lymphatique » exposées par James J. Duffy (*J. of Roentgenology and Radium Therapy*, mars 1938), basées sur des expériences de laboratoire faites par des auteurs allemands (Auler et Schilling, 1937; Schmidt Werner, 1939) aboutissent à cette notion que l'ablation chirurgicale de la « barrière lymphatique » devant un cancer donné peut aboutir à la pullulation du cancer dans des ganglions plus éloignés et chirurgicalement inaccessibles, ou même à des métastases viscérales précoces. On en arriverait donc, en poussant jusqu'au bout cette notion, à considérer que les ganglions enlevés sont les plus utiles « les ganglions atteints qui secrètent au moins théoriquement les anti-corps » (Ducuing, *Journées de Cancérologie*, Liège, 1939).

« Je crois toutes ces craintes beaucoup plus théoriques que réelles. » (Roux-Berger, *Presse Médicale*, août 1940.)

Nous avons sous les yeux plusieurs observations de malades atteints d'un cancer de la lèvre, un évidemment sous-maxillaire a été fait, la lésion de la lèvre a pu récidiver une fois et même deux fois (dans un de ces cas) avant d'être définitivement guérie, et jamais on n'a constaté ni récidive sous-maxillaire ni pullulation carotidienne. Il semble au contraire que l'ablation du tissu lymphatique sain correspondant à la tumeur primitive mette le malade à l'abri de cette redoutable atteinte ganglionnaire, même si la tumeur primitive a pu présenter une récidive (nous reviendrons sur ce point aux indications thérapeutiques).

De plus, les travaux de P. Masson ont montré que la stroma réaction aboutissait pratiquement à la non perméabilité du ganglion transformé en un bloc fibreux donc inapte à jouer ce rôle de barrière lymphatique; il semble cependant que ce soit dans les cas où cette stroma réaction est le plus nette et le plus précoce (baso-cellulaires de la peau) que l'on n'observe jamais d'envahissement ganglionnaire. Cette notion des lymphatiques jouant un rôle de défense nous paraît donc très peu vraisemblable.

« Il faut considérer les vaisseaux et ganglions lymphatiques comme la voie et le tissu de choix pour la propagation et la pullulation de la cellule cancéreuse. L'exérèse aussi vaste que possible de tout le système lymphatique sain autour d'un épithé-

« lioma, loin d'être regrettable, doit être recherchée.
« On détruit ainsi voie de propagation et milieu de
« pullulation et l'on réduit la malignité du mal. »
(Roux-Berger, *Presse Médicale*, août 1940.)

CHAPITRE III

TECHNIQUE

A) - GENERALITES

La technique opératoire que nous décrirons est celle qu'emploie notre maître M. Roux-Berger.

Elle a été pratiquée 55 fois dans son service hospitalier, et 43 fois dans le centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu dirigé par le docteur Tailhefer, dans le service de notre maître le professeur Cunéo, la plupart des cas pour cancer.

POUR CANCER

Ces évidements de la région sous-maxillaire comportent systématiquement et obligatoirement l'évidement de la région sous-mentale, interdigastrique, qui est indissociable du précédent.

Le tout doit être enlevé en bloc. Il faut passer le plus au large possible des tissus cancéreux et tout sacrifier à la réalisation d'une opération très complète. Il ne s'agit plus d'une adénectomie, d'une dissection au ras des ganglions que l'on tient pour

cancéreux et dont la blessure risque à chaque instant d'ensemencer la plaie. Il s'agit de l'ablation en masse en un seul bloc, des régions sous-maxillaire et sous-mentale, les ganglions venant avec la glande sous-maxillaire et tout le tissu cellulo-adipeux et cellulo-aponévrotique.

Nous devons nous rappeler qu'il est le plus souvent impossible de dire cliniquement si les ganglions sont envahis ou non. Il ne faut donc jamais proportionner l'opération à l'étendue de la lésion primitive et au volume des adénopathies. Les opérations pour cancer ne peuvent être que des opérations systématiques, les exérèses limitées sont pires que l'abstention; elles entraînent l'essaimage du néoplasme (Roux-Berger, Tailhefer).

Cette technique a pour caractéristique essentielle d'être pratiquée « d'arrière en avant ».

Cette progression « d'arrière en avant », non seulement respecte le principe de l'ablation large et en un seul bloc des régions sous-maxillaire et sous-mentale, mais permet :

— de tomber immédiatement et sûrement dans le bon plan de clivage derrière le pôle postérieur de la glande sous-maxillaire;

— de lier précocement l'artère faciale dès son arrivée dans la région. Ce qui simplifie l'hémostase au cours des temps ultérieurs, puisque l'autre bout de la faciale a été lié dès le début de l'intervention au moment où elle contourne le maxillaire inférieur.

Ce qui nous paraît préférable à une progression d'avant en arrière se terminant par ce temps essentiel de ligature.

Enfin, on prend contact avec le muscle digastrique au niveau de son ventre postérieur, ce muscle doit être suivi d'arrière en avant et mis à jour depuis son ventre postérieur jusqu'à l'insertion maxillaire de son ventre antérieur. On voit nettement au fond de la plaie, débarrassée de tous tissus cellulo-aponévrotiques, le digastrique, le mylo-hyoïdien et l'hyoglosse.

EN DEHORS DU CANCER

Cette technique d'arrière en avant avec ligature première de la faciale trouve également son application dans l'ablation des tumeurs de la glande sous-maxillaire et dans les sous-maxillites lithiasiques où l'on sait la difficulté des clivages rendus malaisés par la sclérose étendue à toute la région, et les difficultés d'hémostase que l'on peut rencontrer dans ces conditions.

Pour en finir avec les généralités, je dirai que le moindre suintement sanguin doit être arrêté. Dès qu'une pince hémostatique a été posée, elle doit être remplacée par une ligature. Il faut s'y astreindre si l'on veut avoir constamment devant les yeux un champ net et déblayé (Roux-Berger).

B) - TECHNIQUE DE L'EVIDEMENT UNILATERAL

POSITION DE L'OPÉRÉ.

Décubitus horizontal, une alèze roulée sous les épaules, une deuxième alèze mise à plat sous la tête.

La tête tournée au maximum du côté opposé à l'intervention, pour bien exposer la région. Les malades obèses à cou gras et court sont évidemment moins aisés à opérer.

ANESTHÉSIE.

La veille au soir, un centigramme de morphine. Dans l'heure et demie qui précède l'intervention, on fait absorber au malade deux ou trois cuillerées de sirop de chloral.

Une heure avant l'intervention le malade reçoit un centigramme de morphine.

Anesthésie locale :

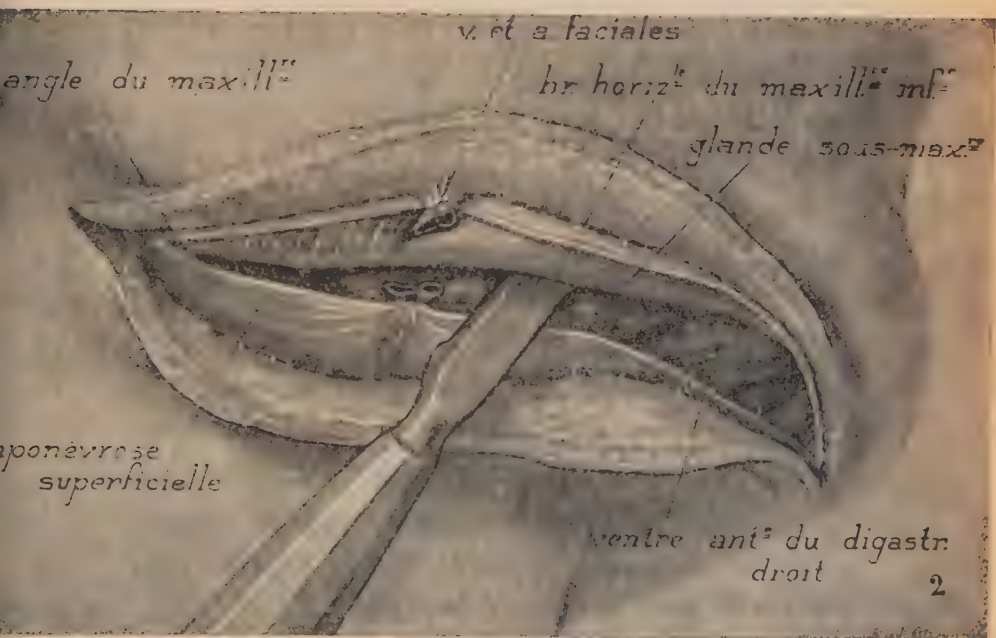
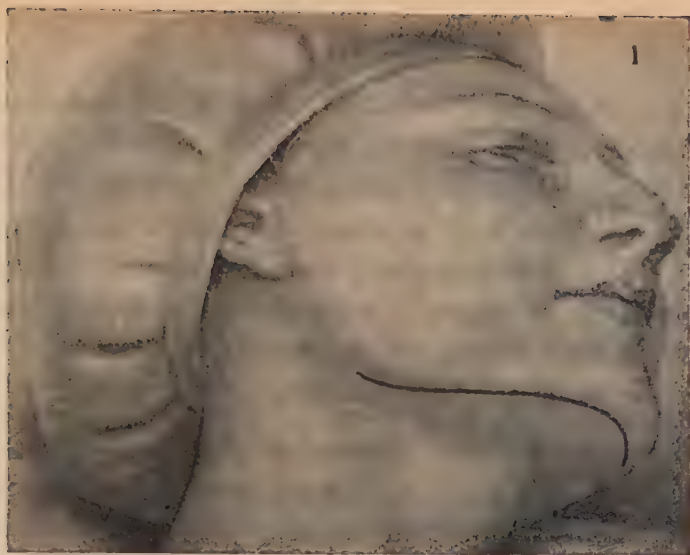
Cerclage du champ opératoire par des injections de novocaïne à 1 pour 200.

Anesthésie locale parfaitement suffisante à elle seule.

Il est inutile de faire une anesthésie plexique.

1° INCISION CUTANÉE (figure n° 1).

Incision cutanée presque *horizontale*, un peu au-dessous du bord inférieur du maxillaire, parallèle à celui-ci.



En avant, elle suit la concavité mentonnière, dépasse la ligne médiane. Elle vient se terminer sur le bord inférieur du maxillaire de l'autre côté de la ligne médiane, à un ou deux centimètres de celle-ci.

Ceci est indispensable pour permettre un curage correct de la région sus-hyoïdienne, puisqu'il faut voir le bord interne du digastrique du côté opposé, au niveau de son insertion maxillaire.

En arrière, cette incision atteint l'angle de la mâchoire, le dépasse légèrement en se recourbant un peu vers le haut. Cette incision presque rectiligne, recourbée à ses deux extrémités, figure un S très allongé, donne un jour très suffisant sur la région et nous paraît préférable à l'incision convexe en bas empiétant sensiblement sur le cou et beaucoup moins esthétique.

2° DISSECTION DES LAMBEAUX (figure n° 2).

Vers le haut et vers le bas, en laissant le moins possible de tissu cellulo-graisseux sous la peau.

— Vers le bas, cette libération du lambeau doit être poussée au maximum.

— Vers le haut, il est inutile de dénuder plus d'un centimètre de la table externe du maxillaire.

C'est généralement bien suffisant, même s'il existe un ganglion sur la table externe, ganglion suspect, au-dessus duquel il faudra lier la faciale pour l'emporter avec le reste de la région.

(On sait qu'une libération par trop poussée vers le haut risquerait d'ouvrir finalement la muqueuse buccale au niveau du sillon maxillo-jugal, ce qui peut être extrêmement dangereux, comme nous le verrons ultérieurement.)

3° LIBÉRATION DU BORD SUPÉRIEUR DE LA MASSE (figure n° 2).

a) *Au bistouri.* — On prend contact avec le maxillaire. On incise le périoste.

— En avant de la faciale, on peut le faire sur *la table externe* du maxillaire, un peu au-dessus du bord inférieur.

— Au 1/3 moyen, on rencontre les vaisseaux faciaux au moment où ils contournent le maxillaire, au bord antérieur du masseter, section entre deux ligatures.

— En arrière de la faciale, on dénudera bien exactement le *bord inférieur* du maxillaire et on incisera le périoste à son niveau jusqu'à l'angle du maxillaire qu'il faut voir. Ne pas se perdre vers le haut, ce qui amène à couper au bistouri des fibres d'insertion du masseter et entraîne une hémorragie en nappe qui inonde pendant un moment le champ opératoire et a même pu, dans un cas, créer une hémorragie diffuse post-opératoire ayant nécessité un tamponnement.

Donc, au niveau du masseter, suivre fidèlement le bord inférieur de l'os, on aura peu ou pas de pinces hémostatiques à mettre.

b) *A la rugine.* — Décoller sur toute la longueur du périoste incisé. Ce décollement fait sur le bord inférieur de l'os, puis amorcé sur sa face interne, permet, en restant ainsi sous-périosté, de libérer avec la glande toute la masse ganglionnaire vers le haut, sans la blesser.

Détachée du maxillaire, la pièce ne tient plus en haut que par le périoste décollé. A partir de ce moment, on se reporte en arrière, vers le pôle postérieur de la glande sous-maxillaire, toute la pièce sera libérée d'arrière en avant.

4° EVIDEMENT D'ARRIÈRE EN AVANT

a) *Recherche du plan de clivage au niveau du pôle postérieur de la glande.* — Strictement au-dessous de l'angle de la mâchoire, l'aponévrose est soulevée par deux pinces mises l'une au-dessus de l'autre (cartouche de la figure 3).

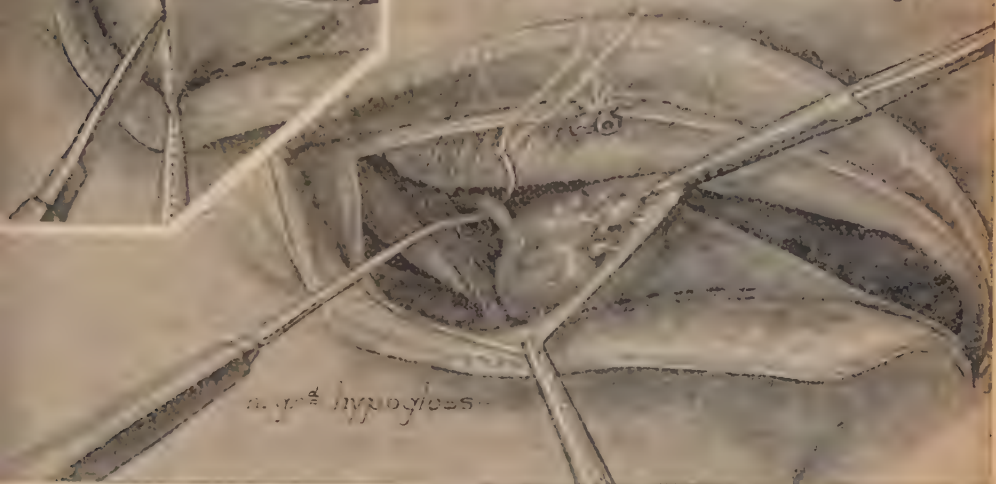
Au bistouri, verticalement sur deux ou trois centimètres entre ces pinces qui soulèvent l'aponévrose, incision, boutonnière dans le plan aponévrotique qui crisse sous le bistouri.

On introduit dans cette boutonnière des ciseaux courbes, concavité tournée vers l'avant, introduction progressive et facile tout en écartant les branches des ciseaux.

Cet artifice opératoire, dû à notre maître Roux-Berger, mène obligatoirement dans le bon plan de clivage, entre la jugulaire en arrière et le pôle pos-



3
m. stylo-hyoidien
et digastr. (ventre post.)
gl. sous-maxillaire
éversée, et gangl^s



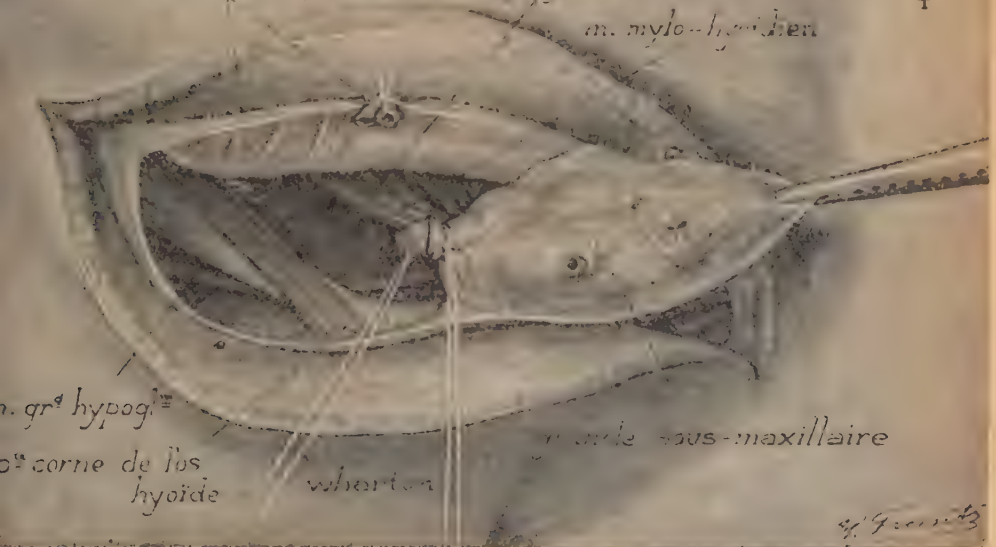
a. gr^d hypogloss-

a. faciale

m. hypoglosse

m. mylo-hyoidien

4



m. gr^d hypogloss-

os corne de l'os
hyoïde

wharton

gl. sous-maxillaire

4/4/1913

térieur de la sous-maxillaire en avant. La jugulaire n'est pas en vue au cours de l'opération.

b) *Dégagement d'arrière en avant* (figure 3)

— Donc, grâce à cette manœuvre que nous venons d'exposer, le pôle postérieur de la glande est découvert et libéré.

On pose une pince de traction sur le pôle postérieur de la masse.

— Dans la profondeur, on prend contact aussitôt avec le ventre postérieur du digastrique, les ciseaux le suivent et le dénudent, on poursuit facilement ce décollement, tout en libérant progressivement la masse de ses attaches supérieures et inférieures (en pointillé sur la figure 3).

— La progression en avant et l'extériorisation de la pièce sont limitées aussitôt par la faciale qui fait corde. Reconnue, elle est sectionnée entre deux ligatures.

— Le décollement se poursuit alors très facilement pendant un moment, la glande se dégage de plus en plus. Dans la profondeur, on voit le tendon intermédiaire du digastrique.

— La progression est arrêtée à nouveau par le prolongement antérieur de la glande, qui, avec le canal de Warthon, disparaît sous le bord postérieur du mylo-hyoïdien (figure 4).

— Le canal est sectionné entre deux ligatures (catgut) au ras du bord postérieur de ce muscle. Ja-

5



6



mais cette façon de procéder n'a donné lieu à des fistules salivaires.

Cette ligature est toujours un peu douloureuse pour le malade ; il faudra penser, à ce moment, à faire une injection de novocaïne dans le prolongement glandulaire avant de lier et sectionner.

— Le décollement se poursuit alors très facilement, la pièce s'isole de plus en plus, en combinant le décollement de la face profonde et la section des attaches supérieures et inférieures. On voit, au fond de la plaie, le ventre antérieur du digastrique, le mylo-hyoïdien (figure 5).

— Le décollement est retardé un temps par la ligature de l'artère sous-mentale qui suit le bord externe du ventre antérieur du digastrique.

Cette artériole liée, le digastrique dépassé, la pièce se pédiculise et ne tient plus que par la graisse de la région sus-hyoïdienne.

En résumé :

Le décollement amorcé au pôle postérieur a été poursuivi d'arrière en avant.

La masse lympho-glandulaire tenait :

- en profondeur, par trois attaches qui sont, d'arrière en avant : l'artère faciale, le canal de Warthon, l'artère sous-mentale ;
- en haut, par le périoste décollé du maxillaire ;
- en bas, par l'aponévrose cervicale.

Ces trois attaches profondes ont été liées successivement, tandis qu'au fur et à mesure des petits coups de ciseaux successifs libéraient la masse de son attache supérieure et inférieure.

5° EVIDEMENT SOUS-MENTAL INTER-DIGASTRIQUE (fig. 6)

Très rapidement et très facilement, toujours aux ciseaux, évidemment soigneux de cette région triangulaire, limitée par le rapprochement des deux ventres antérieurs des digastriques et dont le fond est formé par la ligne de contact des deux mylo-hyoïdiens.

On aperçoit les limites musculaires de cet espace, sans trace de tissu cellulo-grasieux enlevé ainsi en continuité avec le bloc sous-maxillaire. On doit apercevoir le bord digastrique du côté opposé.

6° VÉRIFICATION DE L'HÉMOSTASE

7° SUTURE CUTANÉE — DRAINAGE

Par un faisceau de crins, ou mieux, par deux petits drains en canon de fusil dont les extrémités vont l'une dans la loge sous-maxillaire évidée, l'autre dans l'espace interdigastrique.

Faire sortir ce drainage, non pas au niveau de l'angle de la mâchoire, mais à la partie moyenne de la plaie, au point véritablement déclive.

SUITES OPERATOIRES

— Extrêmement faciles.

— Malade assis dans son lit.

— Lever le deuxième ou le troisième jour.

— Le drainage est enlevé également vers le troisième jour.

— Il s'établit généralement un œdème de la partie inférieure de la joue. Il disparaît en quelques jours.

On observe également une légère gêne et une petite limitation temporaire de l'ouverture de la bouche. Elle disparaît en quelques semaines.

Résultat esthétique en général très satisfaisant.

LA PIECE OPERATOIRE

Libérée d'abord de ses attaches supérieures osseuses, puis détachée d'arrière en avant, comporte, enlevés en une seule masse :

La glande sous-maxillaire et tout le tissu cellulograisieux de la région sous-maxillaire et sous-mentale en continuité.

La pièce opératoire doit être disséquée, les ganglions, quelle que soit leur taille, doivent être repérés et prélevés en vue d'un examen séparé pour chacun d'eux.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

— Le nerf grand hypoglosse qui se trouve sur la paroi musculaire profonde ne risque pas d'être lésé.

Il est sous l'aponévrose de l'hyo-glosse, le décollement de la glande se fait aisément devant lui, par pressions répétées de la pointe des ciseaux fermés. Bas situé dans la région, sa courbe dépasse à peine le bord supérieur du digastrique, que suivent les ciseaux et qui protège le nerf.

— Le nerf lingual, très haut situé, n'est pratiquement pas vu au cours de l'intervention.

— L'artère linguale est en-dedans de l'hyo-glosse.

— Le seul risque de l'intervention, risque facile d'ailleurs à éviter quand on le connaît, est l'ouverture de la muqueuse buccale.

Cette ouverture de la muqueuse buccale est à craindre :

— soit au niveau du cul-de-sac gingivo-jugal, en dehors du maxillaire, comme nous l'avons déjà dit ;

— soit en dedans du maxillaire, au niveau du plancher de la bouche.

Elle peut se produire si l'on veut s'enfoncer trop profondément sous la face interne du maxillaire, ou se servir d'un instrument autre que la rugine ou les ciseaux courbes fermés refoulant les tissus vers le bas.

Dans la pratique moyenne des cas, ce danger est donc inexistant.

Cette ouverture de la muqueuse buccale, même extrêmement minime, crée un risque presque fatalement mortel de cellulite diffuse du cou, par mise en communication, même passagère, de la plaie opératoire avec la cavité buccale.

Donc, opération faite à l'anesthésie locale, ne comportant pratiquement pas de mortalité opératoire.

EVIDEMENT SOUS-MAXILLAIRE BILATERAL

Le principe de l'ablation en un seul bloc doit être conservé.

On commencera, bien entendu, par le côté qui ne présente pas de ganglions ou qui a les ganglions les moins volumineux.

L'incision sera la même, la région évidée d'arrière en avant, mais, arrivé à la région sous-mentale du premier côté, on s'arrêtera après avoir dépassé le digastrique, fermeture sur un drainage de la partie postérieure de la plaie. La masse reste fixée dans la région sous-mentonnière.

On se reporte alors de l'autre côté ; il est enlevé de même, d'arrière en avant ; en le terminant, on évide le creux inter-digastrique.

Ainsi se trouvent enlevées en bloc les deux régions sous-maxillaires et la région sus-hyoïdienne.

VARIANTES TECHNIQUES EN PRESENCE
D'UNE ADÉNOPATHIE VOLUMINEUSE
FIXÉE EN PROFONDEUR. PEAU INTACTE

Nous avons envisagé le cas fréquent, typique, où il est facile de passer sous périosté avec la rugine et de libérer la masse en haut.

Parfois, au contraire, l'adénopathie est volumineuse et fixée en profondeur ; la clinique le faisait déjà nettement pressentir, l'intervention le confirme, il n'est pas possible de passer à la rugine dans le plan sous-périosté sans risquer d'entrer dans des éléments néoplastiques, et ceci, soit au niveau des ganglions sous-mentaux interdigastriques, soit au niveau de la région sous-maxillaire.

AU NIVEAU DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE
INTER-DIGASTRIQUE

L'adénopathie adhère au maxillaire au niveau du menton et bloque tout l'espace interdigastrique.

On mènera l'intervention comme d'habitude, d'arrière en avant, mais au niveau de la région sus-hyoïdienne :

— D'abord, on réséquera au niveau du tendon intermédiaire les ventres antérieurs des deux digastriques qui sont enlevés en bloc avec le reste de la pièce.

— Puis, au bistouri électrique, au ras de la concavité mentonnière, on détachera la masse cellulo-

ganglionnaire de son adhérence osseuse et on sectionnera, d'autre part, les deux digastriques au niveau de leur insertion. Coagulation discrète de la surface osseuse suspecte et dénudée. L'emploi de la coagulation est facile et sans danger à ce niveau, on est séparé du plancher de la bouche par toute l'épaisseur du mylo-hyoïdien.

De plus, elle facilite nettement l'hémostase, car ces ganglions sont situés au contact même de l'os et leur libération peut donner lieu à une petite hémorragie en nappe d'origine osseuse qu'il est aisé d'arrêter ainsi.

Donc, ablation en masse de la région avec les ventres antérieurs des digastriques, opération satisfaisante au point de vue de l'ablation du néoplasme.

AU NIVEAU DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE

L'adénopathie est fixée en profondeur, adhérente à l'os et à la partie supérieure de l'hyoglosse.

Là encore, il faut se servir du bistouri électrique pour non seulement libérer l'adhérence ostéo-périosytique, mais aussi faire une coagulation osseuse limitée et en surface du maxillaire, et enfin, en quelques points, discrètement, une coagulation prudente au contact de l'hyoglosse.

Mais ici, la chose est beaucoup plus difficile que dans la région sus-hyoïdienne, la muqueuse du plancher buccal est toute proche, ses adhérences au mylo-

hyoïdien et à l'hyoglosse donnent parfois une petite hémorragie en nappe qu'il faut tarir.

C'est vraiment dans ces conditions seulement que l'opération est difficile, et qu'on court un risque véritable d'ouvrir la muqueuse buccale. Pour l'avenir, au point de vue de la récurrence du cancer, l'opération n'est pas toujours aussi sûre.

— Il est évident que dans tous ces cas où on aura eu recours à la coagulation, il faut assurer un drainage plus large.

Ne pas se contenter du drainage filiforme ou même des deux petits drains en canon de fusil, mais fermer complètement la plaie sur un mèche au contact de la région coagulée.

ADENOPATHIES VOLUMINEUSES AVEC PEAU FIXÉE ET ENVAHIE

Dans ces conditions, il faut nettement mieux renoncer au traitement chirurgical des aires ganglionnaires. Plus l'envahissement lymphatique paraît discret, plus l'opération très étendue trouve sa juste indication. Tout au contraire, les très médiocres résultats obtenus lorsqu'on opère ces volumineuses adénopathies néoplasiques nous incitent à restreindre les indications opératoires lorsque les ganglions sont adhérents, masses indurées, diffuses, recouvertes d'une peau infiltrée et fixée à la tumeur. On ne soupçonne pas l'étendue des lésions arrivées à ce stade, elles

peuvent d'ailleurs avoir dépassé déjà le relai sous-maxillaire et intéresser la chaîne jugulaire.

Très mauvais cas sur lesquels il vaudra mieux faire de la radiothérapie (R. X).

— Les inconvénients et les risques de la radiothérapie (R. A ou R. X) de la région sous-maxillaire sont minimes.

La radioépithélite de la bouche est très désagréable mais elle n'est pas grave et elle se répare très vite.

La nécrose partielle du maxillaire inférieur est toujours évitable si on supprime au préalable les dents en mauvais état, si on laisse cicatriser les gencives et si on désinfecte autant que peut se faire la cavité buccale.

Dans quelques cas malheureusement rares, où le traitement par irradiations a été suivi d'une régression considérable de la masse cancéro-inflammatoire, on pourra être amené secondairement, et dans des conditions toujours très difficiles, à envisager un traitement chirurgical des aires ganglionnaires où il persiste une adénopathie réduite de volume.

En résumé : « Lorsque les malades se présentent
« avec des ganglions inopérables (au sens classique
« qui exige l'exérèse contournant le néoplasme sans
« l'entamer), les perspectives de guérison radiothé-
« rapie sont très réduites, toutefois, elles ne sont
« pas nulles. Certaines tumeurs sensibles peuvent
« être traitées avec des chances de guérison sé-

« rieuses. A défaut de guérison, une radiothérapie
« correcte (par R. A ou R. X) des tumeurs ganglion-
« naires inopérables donne de bons résultats pallia-
« tifs. » (Regaud-Lacassagne.)

TECHNIQUES ATYPIQUES A REJETER

Les opérations pour cancer ne peuvent être que des opérations larges, très étendues, les exérèses limitées sont pires que l'abstention. Evider toute une région ou ne rien faire.

Il ne faut donc pas vouloir suivre de techniques atypiques ou combinées qui sont illogiques et se révèlent désastreuses par la suite.

Un malade, par exemple, présente une adénopathie sous-maxillaire très nette et un seul ganglion carotidien haut situé.

On pourrait être tenté de brancher une incision verticale de quelques centimètres sur l'incision sous-maxillaire que nous avons décrite, pour enlever en un bloc la région sous-maxillaire et cette adénopathie haute, sous-sterno-mastoïdienne.

En règle générale, une pratique semblable aboutit à un mauvais résultat si l'adénopathie est néoplasique. Le malade présentera dans un temps plus ou moins court après l'opération, une adénopathie carotidienne basse, ou une adénopathie susclaviculaire.

— Un malade qui présente le moindre ganglion cervical suspect en dehors de la région sous-maxillaire doit bénéficier d'un grand évidement du cou sous-maxillaire et carotidien, et non pas d'une intervention atypique et incomplète qui combine un évidement sous-maxillaire avec une adénectomie de quelques ganglions carotidiens.

L'opération pour cancer, au niveau des ganglions du cou, doit être large, systématique, comprendre toute l'aire lymphatique suspecte.

ABLATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE SANS EVIDEMENT DE LA REGION

La même technique d'arrière en avant avec ligature première de la faciale se justifie également, en dehors des évidements de la région, pour l'ablation de la glande sous-maxillaire.

— ABLATION DIFFICILE au cours des lithiases salivaires avec sous-maxillite où la sclérose étendue à toute la région, le clivage difficile, l'hémostase souvent pénible justifient l'emploi de ce procédé.

La faciale se trouve rapidement liée à l'entrée et à la sortie de la région et le plan de clivage postérieur tout de suite découvert, alors que le maximum des lésions au niveau du canal et du prolongement antérieur de la glande rendrait ce clivage plus difficile si on l'abordait par en-avant.

— ABLATION FACILE de la glande au cours des tumeurs cliniquement bénignes. Au cours des tumeurs mixtes. Clivage facile, opération le plus souvent aisée. On s'attachera à suivre le plus loin possible le prolongement antérieur de la glande, en réclinant avec un écarteur les fibres postérieures du mylo-hyoïdien.

Il ne s'agit plus ici d'évidement de la région, mais d'ablation de la glande.

Dans ces conditions, l'incision cutanée s'arrêtera sur la ligne médiane.

On ne s'attachera plus à enlever le plus possible de tissu graisseux sous-cutané. En avant, le ventre antérieur du digastrique ne sera pas dépassé, puisque la région sus-hyoïdienne est intacte.

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPERATOIRES

Ces indications correspondent à deux types essentiels :

1° Les tumeurs malignes (primitives ou secondaires) de la région.

Tumeurs malignes qui nécessitent un évidement au sens strict du terme ; c'est-à-dire : l'ablation large de la région, véritable lymphangiectomie qui comporte le passage à distance de la tumeur et le sacrifice de tissus sains ; régions sous-maxillaires et sous-mentales enlevées en bloc.

2° Les lésions de la glande sous-maxillaire, pour lesquelles la technique d'ablation d'arrière en avant est une facilité et une sécurité, mais où il suffit d'enlever la glande seulement sans chercher à enlever au maximum le tissu cellulaire et lymphatique environnant.

ADENOPATHIES CANCEREUSES SECONDAIRES

Avant d'aborder cette question des adénopathies cancéreuses secondaires, il nous faut insister sur ce fait que les observations que nous avons retenues pour conclure sont seulement celles des malades qui :

premièrement :

ont leur lésion primitive parfaitement et complètement guérie. Ce qui permet de juger nettement l'évolution du processus ganglionnaire seul;

deuxièmement :

sont restés guéris, c'est-à-dire indemnes de toute récurrence ganglionnaire depuis trois ans minimum.

Laps de temps indispensable pour juger la qualité de la guérison. On peut considérer pratiquement, et ceci dans toutes les statistiques françaises ou étrangères, que les récurrences entre trois et cinq ans sont rares et que leur nombre est pratiquement négligeable.

Ce délai minimum de trois ans imposé à tout malade atteint de cancer avant de pouvoir parler de guérison, retranche d'emblée de notre étude un nombre assez important de malades sur lesquels nous ne nous sommes pas cru autorisés à conclure.

LIMITES OU CONTRE-INDICATIONS DE L'EVIDEMENT SOUS-MAXILLAIRE

La connaissance de l'anatomie normale, l'étude anatomo-clinique d'un cancer donné, l'examen attentif des récurrences amènent à restreindre considérable-

ment les indications de cette opération. En dehors de cas précis et strictement limités, cette intervention serait non seulement inutile mais nuisible.

Nous préciserons donc tout d'abord les cas où le siège de la lésion primitive s'oppose à un simple évidement sous-maxillaire tel que nous l'avons décrit. Ce sont de véritables contre-indications de ce genre d'intervention.

Tous les cancers endo-buccaux :

- le cancer de la langue,
- le cancer du plancher de la bouche,
- le cancer de la muqueuse endo-buccale (face interne de la joue)

ne relèvent pas de l'évidement sous-maxillaire mais du grand évidement du cou sous-maxillaire et carotidien.

En effet, ces lésions primitives essaient dans un territoire beaucoup plus large que les ganglions sous-maxillaires. Le territoire lymphatique intéressé est représenté avant tout par les ganglions carotidiens, les ganglions sous-maxillaires ne forment pas un relai obligatoire et électif. Il faudra donc enlever non seulement les lymphatiques sous-maxillaires mais aussi éviter la chaîne sous-sterno-mastoïdienne.

Les travaux de M. Roux-Berger, de Roux-Berger et Tailhefer ont insisté de nombreuses fois sur le caractère strict de cette indication; ils ont décrit et précisé la technique de cet évidement sous-maxillo-caroti-

dien, apporté des résultats et des examens critiques minutieux.

Se soustraire à cette règle, vouloir faire une opération plus limitée devant un cancer de la langue ou du plancher de la bouche, vouloir enlever simplement la zone où l'on perçoit des ganglions, c'est s'exposer à une récurrence locale extrêmement rapide. Récurrence au niveau même d'une cicatrice opératoire ridiculement petite où tous les plans, peau y compris, adhèrent en profondeur, où les ganglions voisins sont nettement néoplasiques et souvent inopérables. Opération qui a été nettement inutile et qui souvent même, donnant un coup de fouet à l'évolution propre de ces ganglions néoplasiques, amène à voir des malades porteurs d'ulcérations plus ou moins étendues sans aucun recours thérapeutique possible.

Ces échecs lamentables et souvent constatés dus à une opération mal adaptée à son but sont dus à ce fait que dans ces néoplasmes

— de la langue,

— du plancher de la bouche,

— de la face interne de la joue,

les ganglions sous-maxillaires ne sont pas atteints électivement et primitivement (constituant un véritable relais qu'il est logique d'enlever) mais au contraire sont rapidement dépassés ou même non intéressés par le néoplasme tandis que les ganglions carotidiens et en particulier les ganglions sous-

digastriques (Kutner) sont d'emblée ou rapidement atteints.

Seul le sacrifice des lymphatiques non seulement sous-maxillaires mais carotidiens constitue une intervention complète contre ces adénopathies métastatiques, que l'on sente des ganglions ou non.

INDICATIONS DE L'EVIDEMENT SOUS-MAXILLAIRE

Ces limites strictes nous permettent de dire que cet évidement s'applique uniquement :

- aux cancers de la lèvre,
- à certains cancers de la face.

Ces opérations reposent sur ce fait qu'il est extrêmement rare que le cancer franchisse sans s'arrêter pendant un temps le premier relai ganglionnaire constitué par des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux et apparaisse d'emblée dans la chaîne carotidienne.

Nous envisagerons dans un même chapitre :

— Le cancer de la lèvre inférieure qui n'atteint ni la ligne médiane ni la commissure,

— et le cancer de la lèvre inférieure au niveau de la ligne médiane,

puis, séparément: le cancer de la lèvre supérieure (partie muqueuse).

et, enfin, l'épithélioma de la commissure.

I. - LE CANCER DE LA LEVRE INFÉRIEURE QUI N'ATTEINT NI LA LIGNE MÉDIANE, NI LA COMMISSURE

Indication type de cette intervention.

Il s'agit d'un malade, le plus souvent un homme, venu consulter pour une petite ulcération de un centimètre de diamètre qui siège sur le bord muqueux de la lèvre, ne gagne ni la ligne médiane, ni la commissure.

Une biopsie a été faite, elle s'est révélée positive.

C'est toujours un spino-cellulaire.

La lésion primitive labiale est soignée par radiumthérapie (appareil moulé le plus souvent) par les soins de la Fondation Curie, ce qui est le cas pour presque tous les malades que nous avons étudiés. Thérapeutique radiumthérapique sur laquelle nous ne nous croyons pas autorisés à écrire quoi que ce soit. Les résultats magnifiques, les guérisons durables de la lésion primitive montrent sans discussion l'excellence de la méthode.

Reste le problème de l'envahissement lymphatique.

A) GÉNÉRALITÉS.

1° Cet envahissement lymphatique grève considérablement la mortalité de cette lésion.

Si la lésion primitive est guérie par le radium, si la question est réglée nettement pour la lésion de la lèvre, qui est justiciable des radiations et non de la chirurgie, la chose est loin d'être aussi simple pour les ganglions.

Il est fréquent en effet de voir un malade guéri définitivement de sa lésion primitive avec une cicatrice souple, non saignante, absolument parfaite ; parfois, récurrence locale, un point suspect au niveau de la région traitée par les radiations amène une petite retouche chirurgicale, mais, en règle générale, la lésion de la lèvre est guérie et définitivement.

Au contraire, le plus grand et presque le seul facteur de mortalité est l'adénopathie secondaire, d'abord et longtemps sous-maxillaire puis carotidienne qui, évoluant pour son propre compte, aboutit à la mort du malade ; ces lésions ne donnant à peu près jamais de métastases viscérales.

2° *La thérapeutique de ces adénopathies* est donc de toute première importance dans la qualité des résultats obtenus.

On s'est attaché à ce problème avec beaucoup de soin. Les articles nombreux, les points de vue divergents, l'évolution même de la question au cours de ces dernières années montrent qu'il est impossible actuellement d'y apporter une solution parfaite.

Les congrès de cancérologie de ces dernières années, peu enthousiasmés par les résultats de la chirurgie seule, autrefois appliquée, prônaient successivement l'emploi des radiations seules R A ou R X, selon diverses modalités. Finalement, on a dû constater l'échec des radiations sur ce point ; elles se sont montrées quasi-inefficaces devant les adénopathies cancéreuses.

La thérapeutique de ces ganglions reste donc essentiellement chirurgicale dans l'état actuel des choses. Chirurgie pure ou associée aux radiations, nous y reviendrons.

En dehors même du point de vue résultat clinique, la chirurgie appliquée à ces ganglions permet seule l'examen histologique, donc une critique sérieuse des résultats. Absence d'examen histologique qui autorisait toutes les discussions possibles autour des résultats obtenus en dehors de la chirurgie par les R A ou R X.

B) INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Il était classique de distinguer deux cas :

1° On trouve des ganglions cliniquement néoplasiques durs, petits, indolents plus ou moins mobiles.

Evidement sous-maxillaire.

2° Les ganglions n'ont aucun caractère clinique de malignité ou bien aucun ganglion n'est perceptible. Dans ces conditions, attendre, revoir le malade de trois en trois semaines.

Cette distinction et la conduite thérapeutique qui en découle ne nous paraît pas correspondre à la réalité.

Il est banal de dire que l'examen clinique même minutieux peut passer à côté d'une adénopathie peu importante, surtout chez un malade à cou gras et court.

Sur 4 cas de cancer de la lèvre opérés sans aucun ganglion perceptible, l'examen histologique a trouvé une fois un amas de cellules néoplasiques dans un ganglion. Sur 60 cas de cancer de la langue sans adénopathie perceptible, 33 fois l'examen de tous les ganglions prélevés sur la pièce opératoire a montré leur envahissement réel (Roux-Berger, Tailhefer : *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séance du 7 juin 1939).

Observation : M. G. Jean, 62 ans.

Epithélioma de la lèvre inférieure à gauche de la ligne médiane.

Le 26 février 1934, application de surface sur la lésion primitive.

Pas de ganglions perceptibles.

Evidement systématique.

Examen histologique : un amas de cellules épithéliomateuses est découvert dans l'un des ganglions.

En novembre 1936 : récurrence sur la lèvre. Radium-puncture.

La région sous-maxillaire reste parfaite.

Pas de ganglions carotidiens.

Juin 1938 : revu. Bon état local et ganglionnaire.

Février 1939 : bon état local et ganglionnaire.

Nous ne reviendrons pas sur ce fait qu'il est impossible de faire cliniquement la différence avec certitude entre un ganglion banal ou cancéreux.

M. Tailhefer a, de nombreuses fois, prélevé et mis dans un bocal séparé chacun des ganglions d'une pièce opératoire d'évidement sous-maxillaire, en vue d'un examen histologique séparé de chaque ganglion.

Le laboratoire a répondu comme pour M. R. Emile, 67 ans, 2 ganglions sont envahis sur 13.

Ceci nous semble juger de la valeur qu'il faut attacher à l'examen clinique des ganglions.

Nous proposons donc :

L'évidement sous-maxillaire systématique du côté de la lésion de la lèvre.

Evidement sous-maxillaire bilatéral si la lésion labiale empiète sur la ligne médiane.

Evidement sous-maxillaire bilatéral, même si la lésion labiale n'atteint pas la ligne médiane quand il existe des ganglions du côté opposé.

Etant entendu que nous nous basons uniquement sur l'examen histologique pour dire que des ganglions sont cancéreux ou non, nous allons successivement examiner :

— La valeur de l'évidement pour ganglions néoplasiques ;

— La valeur de l'évidement pour ganglions non néoplasiques.

VALEUR DE L'ÉVIDEMENT POUR GANGLIONS NÉOPLASIQUES

L'examen histologique des ganglions prélevés sur la pièce opératoire montre qu'il s'agit sans discussion d'un cancer.

Le pronostic doit être réservé, la récurrence ganglionnaire est à craindre dans 1/3 des cas environ.

Récurrence au niveau de la cicatrice (soit récurrence étendue sur laquelle on ne peut plus rien, soit récurrence localisée sous forme d'un nodule dur, peu mobile, suspect, en un point de la cicatrice, une retouche électro-chirurgicale assurera une guérison définitive).

Dans d'autres cas, la région sous-maxillaire est souple, parfaite, mais apparition de ganglions sous sterno-mastoïdiens qui demandent un évidement carotidien avec curage du creux sus-claviculaire. Cette apparition secondaire d'une adénopathie basse est explicable par le fait qu'il existait probablement déjà une métastase microscopique dans les ganglions carotidiens au moment de l'évidement sous-maxillaire.

— Cette intervention pour ganglions envahis assure donc des guérisons définitives dans 2/3 des cas environ. Le malade est sous le coup d'une récurrence possible et doit être revu pendant 3 ans.

— Le pronostic est peut-on dire d'autant plus mauvais que l'envahissement s'est montré plus important.

Tantôt quelques cellules découvertes après une recherche attentive sur une des coupes de l'un des ganglions, la capsule est intacte.

Tantôt, au contraire, envahissement massif de tous les ganglions, la capsule ganglionnaire est infiltrée, le néoplasme a envahi les tissus péri-ganglionnaires. La glande sous-maxillaire en général est indemne.

L'évidement pour ganglions cancéreux est donc une opération indispensable, mais relativement peu sûre; un tiers au moins des malades meurent de l'évolution de ces adénopathies.

VALEUR DE L'ÉVIDEMENT POUR GANGLIONS NON NÉOPLASIQUES

1° Le cancer de la lèvre présente dans la plus grande majorité des cas des ganglions perceptibles. Mais le plus souvent, ces ganglions ne sont pas cancéreux.

Il est indiscutable que dans 60 % des cas, les ganglions ne sont pas envahis; c'est la raison pour laquelle on a recommandé l'abstention et la surveillance toutes les trois semaines.

Tout d'abord, cette surveillance stricte est à peu près impossible. Le malade est sous le coup d'une atteinte ganglionnaire possible pendant trois ans minimum; combien de malades se présenteront régulièrement à l'examen toutes les trois semaines pendant trois ans?

De plus, ces ganglions que l'on pense voir se développer progressivement, dont on aura le temps d'apprécier l'augmentation de volume, donc de se décider à intervenir, augmentent parfois avec ce caractère de

progression. Mais souvent, ils atteignent rapidement un volume considérable, se fixent, deviennent inopérables dans des conditions très mauvaises.

Voilà à ce sujet une observation qui nous paraît démonstrative.

M. Charles C..., 66 ans.

Présente au bord libre de la lèvre inférieure, à droite de la ligne médiane, une tumeur indurée et ulcérée, de forme ovale, mesurant 28 mm. de long sur 14 mm. de large.

Biopsie : épithélioma épidermoïde.

Il existe un ganglion sous-maxillaire du côté opposé à la lésion, rien du côté correspondant.

Malade traité pour sa lésion primitive par R. A (appareil de surface, le 16 décembre 1930).

Le 21 janvier 1931, la lèvre est complètement guérie. Le ganglion sous-maxillaire du côté opposé existe sans changement. Le malade devait subir un évidement sous-maxillaire bilatéral.

Mais il échappe à notre observation.

En décembre 1932, donc deux ans après, il revient consulter.

Après l'avulsion de la dernière molaire inférieure gauche, un ganglion s'est développé rapidement en quatre à cinq semaines. Ganglion considéré comme secondaire à son avulsion dentaire. Le malade vient consulter parce que cette adénopathie persiste.

On trouve une masse grosse comme une noix située dans la région sous-maxillaire gauche, dure, mobile, paraissant opérable.

Le 31 décembre 1932, évidemment sous-maxillaire, à Tenon, par le docteur Roux-Berger.

On constate que la tumeur est beaucoup plus adhérente qu'on ne le pensait, adhérente au maxillaire, au mylo-hyoïdien, au digastrique. Excision des muscles. Opération difficile et peu satisfaisante, du fait de l'impossibilité de passer très à distance de la tumeur.

Examen histologique (docteur Gricouroff). Masse néoplasique d'épithélioma épidermoïde envahissant presque toute la pièce.

13 février 1933 : La lèvre reste guérie.

La cicatrice opératoire paraît souple.

Mars 1933 : Douleur dans la région carotidienne gauche et apparition d'une grosse masse relativement molle accompagnée de nausées quand on la comprime.

En profondeur, masse dure péri-carotidienne. Inopérable.

Mort en novembre 1933.

Cette observation met en évidence, outre la difficulté d'une longue surveillance :

L'apparition rapide d'une néoplasie ganglionnaire deux ans après la guérison de la lésion primitive (l'adénopathie du cancer de la langue a une tendance spéciale à l'apparition tardive). (Tailhefer.)

Contrairement à la notion classique, on peut donc voir des ganglions néoplasiques devenir très rapidement inopérables ou opérables dans de mauvaises conditions. Parfois, un état infectieux buccal plus ou moins net, une angine, une pharyngite, une affection dentaire à la suite desquels on voit se développer une adénopathie considérée comme inflammatoire. Ces ganglions régressent en effet, mais laissent après eux, une adénopathie volumineuse, fixe et dure.

La difficulté de la surveillance de ces malades, l'apparition, après, un laps de temps parfois long, d'une adénopathie qui dépasse rapidement les conditions d'opérabilité correcte nous paraît être le premier élément en faveur de l'évidement systématique.

En faveur toujours de cet évidement systématique, la qualité de ses résultats. Jamais ensuite nous n'avons vu de récurrence dans la région sous-maxillaire, même si la tumeur primitive a récidivé. (Dans un cas, la tumeur a récidivé deux fois.)

Le malade semble être à l'abri de toute atteinte ganglionnaire sur place et au niveau de la chaîne sous-sterno-mastoïdienne. Cette opération faite à l'anesthésie locale n'ajoute pratiquement aucun risque opératoire et apporte dans l'évolution des lésions ganglionnaires un élément important de sécurité.

On fait à cet évidement systématique une objection. On dit : c'est une opération qui porte sur des tissus sains.

Indiscutablement oui, mais nous ne pouvons que citer notre maître Roux-Berger (*Presse Médicale*, 4 août 1940) :

« Jamais je n'ai eu l'impression de faire une opération excessive et inutile, lorsque, disséquant mes pièces opératoires, je n'y trouvais aucun ganglion suspect et que l'histologie en confirmait l'intégrité.

« Je gardais le souvenir trop précis de ce que j'avais vu opérer et de ce que j'avais opéré moi-même présentant des ganglions perceptibles avec des résultats très médiocres. Observant les résultats très nettement supérieurs quand les ganglions n'étaient pas envahis, je me complus suffisamment dans l'amélioration des résultats pour n'adoucir en rien la rigueur des indications que je m'étais imposées. Si parfois je me suis laissé aller à réduire l'étendue de mes opérations, je l'ai toujours regretté. Il faut considérer les vaisseaux et ganglions lymphatiques comme la voie et le tissu de choix pour la propagation et la pullulation de la cellule cancéreuse. L'exérèse aussi vaste que possible de tout le système lymphatique sain autour d'un épithélioma, loin d'être regrettable, doit être recherchée, on détruit ainsi voie de propagation et pullulation et l'on réduit la malignité du mal. »

Pour résumer ce chapitre sur les ganglions satellites de l'épithélioma de la lèvre inférieure n'atteignant ni la ligne médiane ni la commissure, nous dirons :

1° Evidement sous-maxillaire systématique du côté de la lésion ;

2° Evidement sous-maxillaire bilatéral *si* l'on sent des ganglions du côté opposé ;

3° Evidement sous-maxillaire et carotidien *si* l'on sent des ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

Dans ce dernier cas, il faut se garder d'une intervention atypique. Si l'évidement sous-maxillaire est insuffisant parce qu'on sent un ganglion au niveau de la fourche carotidienne, il faut faire d'emblée un grand évidement du cou sous-maxillaire et carotidien et ne pas vouloir prolonger vers le bas son incision pour enlever en plus le ou les ganglions que l'on a sentis.

Cette adénectomie atypique, de limites imprécises, aboutit toujours à un échec et une récurrence si les ganglions sont cancéreux.

QUAND FAUT-IL FAIRE CET EVIDEMENT ?

Soit un mois environ après la fin de l'application du radium, quand les réactions locales et ganglionnaires se sont apaisées, soit aussitôt après la fin du traitement par R A, avant qu'apparaisse la réaction curiethérapique.

POSSIBILITE D'ASSOCIER A LA CHIRURGIE DES RAYONS X POST-OPERATOIRES

En général, on se contente du curage chirurgical, même si les ganglions sont cancéreux, du moment

que la corticale est intacte et que l'opération satisfaisante a paru passer au large.

Dans le cas contraire, on peut avoir recours aux radiations après l'acte chirurgical.

II. - LE NEOPLASME DE LA LEVRE ATTEINT LA LIGNE MEDIANE

Ce néoplasme peut être d'emblée médian ou, au contraire, largement développé d'un côté, mais empiétant sur la ligne médiane.

Dans ces conditions, l'évidement doit être bilatéral systématiquement, qu'il y ait des ganglions ou non.

Pour illustrer les dangers de la surveillance de ces malades, la possibilité de métastase tardive rapidement développée, nous citerons à nouveau quelques observations :

M. S., 52 ans. — Lésion primitive à la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane.

Opéré en province deux ans auparavant. Cancer, dit le malade, qui n'apporte pas d'examen histologique.

— Le 21 novembre 1923, il se présente à l'hôpital Curie, à la consultation du docteur Roux-Berger. *En deux mois*, apparition d'un volumineux ganglion à l'angle de la mâchoire, à gauche.

— Opération: difficile. Docteur Roux-Berger.

Résection de l'angle de la mâchoire indispensable pour se donner du jour en haut et en avant.

Tumeur beaucoup plus adhérente qu'on ne pensait cliniquement.

— Examen histologique: épithélioma pavimenteux stratifié parakératosique (docteur Gricouroff).

— Revu le 19 février 1932: excellent état.

Donc guérison depuis neuf ans. Malgré une intervention pénible, peu satisfaisante, sur une masse développée en deux mois.

Georges R..., 66 ans. — Le 18 octobre 1928: ulcération plane superficielle sur la partie médiane de la lèvre inférieure, plus étendue à droite qu'à gauche; à gauche, elle dépasse la ligne médiane de 2 à 3 mm.

Adénopathie: 1 petit ganglion sous-maxillaire droit,
1 semblable à gauche.

Examen histologique: épithélioma formé de cordons épidermoïdes anastomosés dans un derme scléreux infiltré de plasmocytes.

Le 30 octobre 1928: curiethérapie par appareil moulé. Application par intermittence.

En novembre 1928, fin de l'application.

Le 16 novembre 1928: réaction de la région irradiée en bonne voie de guérison. Le malade n'est pas revu pendant un an, il s'est considéré comme guéri de sa lésion labiale et n'est pas revenu.

Le 26 septembre 1929: région labiale parfaite. Adénopathie sous-maxillaire gauche très volumineuse, collée à la mâchoire.

A droite, les ganglions sont restés à peu près semblables à ce qu'ils étaient il y a un an, peut-être plus gros. Les dimensions importantes de l'adénopathie ont été atteintes en un mois environ.

Etat général excellent.

— La masse gauche est extrêmement volumineuse, formant fer à cheval autour du maxillaire inférieur. La corne interne de la tumeur est perceptible dans le sillon maxillo-lingual.

Dimensions de la face externe: 4 cent.-5 cent.

Malade inopérable.

On décide de faire une irradiation externe par appareil moulé.

Du 28 septembre au 31 octobre: la masse diminue.

Le 8 novembre: la lésion est stationnaire, du volume d'une grosse noix; on décide de l'enlever chirurgicalement.

Le 16 novembre 1929: évidemment sous-maxillaire gauche au bistouri électrique (docteur Tailhefer).

Examen histologique: épithélioma épidermoïde dont les formations sont en grande partie kératinisées et entourées de cellules géantes. Présence de cordons épithéliaux jeunes (Gricouroff).

Le 13 décembre: plaie en parfait état.

Le 1^{er} février 1930: région sous-maxillaire dure, suspecte.

Le 7 février 1930: région sous-maxillaire nettement envahie.

Le 7 mai 1930: mort après large ulcération de la région sous-maxillaire.

Ces opérations, faites tardivement, sont le plus souvent peu satisfaisantes et attendre que le malade présente des ganglions suspects d'être néoplasiques, c'est s'exposer à se trouver en présence de cas difficilement opérables où le pronostic est très réservé si l'examen histologique est positif, même quand l'opération a été satisfaisante.

RESULTATS

Sur 20 cas opérés avec des ganglions non néoplasiques :

1 seul est mort secondairement d'une récurrence sous-maxillaire avec envahissement des ganglions carotidiens. Ceci n'est pas contre l'évidement systématique mais tend à montrer les difficultés de l'examen histologique qui a pu passer à côté d'un nid de cellules cancéreuses dans un des ganglions enlevés. (Cependant, la minutie des examens microscopiques nous permet de trouver une forte proportion de résultats positifs, 23 contre 20 absence de cancer).

Les 19 autres cas, guérison parfaite, certains depuis dix ans, sans aucune atteinte sous-maxillaire ou carotidienne, même quand la tumeur labiale a récidivé plusieurs mois après l'évidement. Ce qui est le cas pour plusieurs d'entre eux, dont l'un a même récidivé deux fois sur la lèvre sans faire aucune atteinte lymphatique.

Nous avons retenu 4 cas opérés systématiquement malgré l'absence d'adénopathies perceptibles :

3 fois les ganglions étaient indemnes;

1 fois on a trouvé un amas de cellules cancéreuses;

10 fois nous avons vu des malades guéris de leur néoplasme de la lèvre venir consulter secondairement à la Fondation Curie, alertés par le développement d'une adénopathie volumineuse. En moyenne, un an à un an et demi après la guérison de la lèvre (un cas cinq ans après). Ces évidements tardifs ont été peu satisfaisants quant à la valeur de l'exérèse lymphatique et à la qualité des résultats obtenus.

CONCLUSION

L'évidement sous-maxillaire doit être systématiquement proposé au malade, qu'il y ait ou non des ganglions. Il apporte un élément de sécurité considérable par un acte opératoire simple, sans danger, fait à l'anesthésie locale.

LE CANCER DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Le cancer de la lèvre supérieure est beaucoup plus rare que celui de la lèvre inférieure, et ceci dans la proportion de 3 à 4 pour 100.

Au point de vue strictement anatomique :

On signale l'absence d'anastomoses dans le système lymphatique sous-muqueux au niveau de la ligne médiane. Intérêt purement anatomique.

Topographiquement, les lymphatiques de la lèvre supérieure peuvent aboutir également à des ganglions géniens ou parotidiens permettant aux adénopathies du cancer de la lèvre supérieure de ne pas être situées dans le terrain de l'exérèse chirurgicale que l'on pratique habituellement au niveau de la région sous-maxillaire seulement.

Pratiquement, l'étude anatomo-clinique des cas observés n'a jamais permis de constater de ganglions en dehors de la région sous-maxillaire (Ducuing). La conduite à tenir vis-à-vis des ganglions sera la même que pour le néoplasme de la lèvre inférieure.

Nous ne parlerons pas des néoplasmes cutanés de la lèvre supérieure, ils sont dans la plus grande majorité des cas baso-cellulaires comme les néoplasmes

cutanés de la lèvre inférieure donc, pratiquement, sans retentissement ganglionnaire. Nous en reparlerons au chapitre des cancers cutanés. Nous ne considérons comme pour la lèvre inférieure que les cancers muqueux ou cutanéomuqueux. A la lèvre inférieure, ils sont pratiquement toujours spino-cellulaires. A la lèvre supérieure, ils sont tantôt spino, tantôt basocellulaires, et ceci dans 50 % des cas. (Pourcentage des malades observés à la Fondation Curie).

Basocellulaires : pas d'évidement ganglionnaire, même si on perçoit des adénopathies.

Surveillance toutes les trois semaines.

Spino-cellulaires : mêmes indications que pour la lèvre inférieure.

Evidement systématique du côté correspondant.

Evidement bilatéral si on perçoit des ganglions du côté opposé.

Evidement bilatéral systématique si la lésion gagne la ligne médiane.

Le docteur Ducuing (*Bullet. Assoc. fr. pour l'Etude du Cancer*, décembre 1937) trouve justifiée cette pratique systématique pour la lèvre inférieure, mais ne l'admet pas pour la lèvre supérieure, parce qu'il considère les récidives ganglionnaires plus tardives et surtout plus rares dans les cancers de la lèvre supérieure que dans celui de la lèvre inférieure (12 % au lieu de 30 %).

Delarue et M^{me} Fayein (*Bull. Assoc. fr. pour l'Etude du Cancer*, janvier 1938. 32 observations, 18 cancers cutanés, 14 cancers muqueux ou cutanéomuqueux) concluent : « Ces épithéliomas de la muqueuse sont
« observés presque exclusivement chez l'homme. Ils
« s'accompagnent de métastases ganglionnaires souvent précoces. Aussi le traitement prophylactique
« des ganglions sous-maxillaires est pratiquement
« inutile dans les épithéliomas cutanés et indispensable dans ceux de la muqueuse. »

L'EPITHELIOMA DE LA COMMISSURE

Nous avons rangé cet épithélioma dans le chapitre des néoplasmes des lèvres pour garder l'unicité de la question, mais, en pratique, il représente un cas tout à fait particulier auquel ne s'applique pas l'évidement sous-maxillaire mais l'évidement sous-maxillo-carotidien.

LA TUMEUR PRIMITIVE

La commissure labiale qui ne constitue pas une région anatomique précise et parfaitement définie n'est, en réalité, qu'une zone de passage entre la lèvre et la face interne de la joue.

Un néoplasme de la lèvre, une ulcération cancéreuse qui a commencé à se développer sur la lèvre supérieure ou inférieure, à un ou deux centimètres de la commissure, peut finir par atteindre celle-ci et, de ce fait, gagner la muqueuse de la face interne de la joue, ne serait-ce que sur quelques millimètres. De même, un néoplasme de la face interne de la joue, né à un ou deux centimètres de la commissure, peut atteindre celle-ci au cours de son extension. En un mot, qui dit cancer de la commissure dit par le fait même atteinte de la muqueuse endo-buccale.

La biopsie a affirmé la nature néoplasique de la lésion, cette lésion primaire a été traitée par le radium, appareil moulé par exemple, selon une technique bien mise au point par la fondation Curie. Au point de vue clinique, on a noté avec le plus grand soin que cette ulcération n'atteignait pas la ligne médiane mais gagnait la commissure.

TRAITEMENT DES AIRES GANGLIONNAIRES

Un néoplasme de la commissure demande un évidement sous-maxillaire et carotidien comme un épithélioma de la face interne de la joue. Cet évidement sera fait systématiquement, que l'on sente des ganglions ou non du côté correspondant. Cette conduite opératoire mise au point peu à peu, à la suite d'observations cliniques, de l'étude des échecs, n'a pas toujours été aussi formellement précisée dans le passé.

Dans un temps relativement récent, on se contentait d'un évidement sous-maxillaire comme pour les autres néoplasmes de la lèvre, et l'on aboutissait à des échecs, à des récurrences carotidiennes à chaque fois que les ganglions étaient envahis.

SUR 9 CAS QUE NOUS AVONS RELEVÉS :

Un seul n'avait pas de ganglions perceptibles. Pas d'évidement sous-maxillaire. Six ans après, intervalle très exceptionnellement long, bien que la guérison de la lèvre soit parfaite, est apparue une adéno-

pathie sous-maxillaire volumineuse pour laquelle il a été impossible de faire un **évidement correct**. Ces ganglions étaient néoplasiques, l'examen histologique l'a montré. Le malade est mort peu après, avec une ulcération néoplasique du cou. Voici le détail de cette observation :

M. Robert B..., 58 ans. — Traité en 1929 en dehors de l'Institut Curie, pour néo-spino-cellulaire, ulcération de la commissure labiale gauche. Dimensions 3 cm. sur 4 cm. Pas de ganglions perceptibles, aucun traitement sur les aires lymphatiques.

— En mars 1935, vient consulter à l'Institut Curie, six ans après le traitement de la lésion labiale.

Examen (docteur Tailhefer), état local parfait. Lèvre guérie.

Infiltration dure de la région sous-maxillaire; contours mal limités, masse adhérente à la face interne du maxillaire avec lequel elle fait corps. Légère induration à la palpation du plancher buccal.

Radiographie : lésions osseuses de la branche horizontale du maxillaire, à type de raréfaction osseuse avec, par places, épaissement diffus à type de lésion inflammatoire.

Au total : discussion possible entre adénopathie secondaire ou troubles trophiques post-radiothérapiques du maxillaire.

La notion de six ans de latence, l'augmentation du poids du malade justifient cette seconde hypothèse.

On décide l'intervention exploratrice. Prélèvement pour examen histologique extemporané. S'il s'agit de néoplasme, on fera un évidement avec hémiresection du maxillaire. S'il s'agit d'une radio ostéite, on refermera sans drainage.

— Opération (docteur Tailhefer). Tissus lardacés très suspects. Examen histologique: épithélioma épidermoïde.

L'opération, l'ablation en masse de tout le tissu néoplasique, même avec hémiresection maxillaire, est impossible.

— Mort en décembre 1936.

Progression de la lésion sous-maxillaire.

Ulcération qui fait communiquer la bouche avec la région sous-maxillaire. Ulcération grande comme une pièce d'un franc.

LES 8 AUTRES CAS :

5 avaient des ganglions sous-maxillaires perceptibles.

3 avaient des ganglions sous-maxillaires et carotidiens.

A chaque fois que l'on s'est contenté d'un évidement sous-maxillaire simple comme nous l'avons décrit, et quand l'examen de la pièce montrait des ganglions envahis, on se trouvait secondairement devant une adénopathie sous-sterno-mastoïdienne qui exigeait un grand évidement du cou, évidement diffi-

cile et parfois impossible du fait du volume et de la fixité de la tumeur.

Au total, comme nous l'avons proposé pour le néoplasme de la lèvre, nous proposons ici aussi un évidement systématique, mais non plus sous-maxillaire simple, il devra être sous-maxillo-carotidien.

Cette opération étendue nous paraît la seule conduite logique, et d'autant plus favorable qu'il s'agit de tissus sains, comme l'aura confirmé un examen histologique minutieux des ganglions enlevés.

— Le néoplasme de la commissure doit son individualité et sa gravité à l'étendue de son aire lymphatique, mais aussi à certaines particularités qui en font une forme redoutable.

C'est ainsi qu'au cours de certains de ces néoplasmes de la commissure, on peut voir, rarement il est vrai, une véritable lymphangite néoplasique (Tailhefer) reliant la tumeur primitive à son adénopathie sous-maxillaire.

En effet, dans un cancer de la lèvre, la tumeur primitive d'une part, les ganglions cancéreux d'autre part, ne sont pas reliés par un réseau lymphatique cliniquement perceptible.

Au contraire, dans certains néoplasmes de la commissure, on constate une sorte de cartonnement, de rigidité au niveau de la partie inférieure de la joue, au-dessous de la commissure, entre la lésion primitive et l'adénopathie.

Lymphangite néoplasique rare, mais qui, quand elle existe, rend la lésion beaucoup plus difficilement curable, malgré une irradiation parfaite, à cause de la pullulation néoplasique possible au niveau de cette peau infiltrée.

EPITHELIOMAS CUTANES DE LA FACE

SITUATION ANATOMIQUE DU NEOPLASME

Au point de vue topographique, on peut considérer que seuls les épithéliomas situés au-dessous d'une ligne horizontale passant par la commissure peuvent donner une adénopathie secondaire strictement sous-maxillaire justiciable d'un évidement tel que nous l'avons décrit.

Les épithéliomas situés au-dessus de cette même ligne peuvent essaimer dans un territoire beaucoup plus large dont les premiers relais sont génériens et parotidiens autant que sous-maxillaires, pour aboutir aux ganglions carotidiens.

NATURE HISTOLOGIQUE DE CE NEOPLASME

Il peut être spino-cellulaire, baso-cellulaire ou mixte.

(Les épithéliomas mixtes ou métatypiques constituent 15 % des épithéliomas de la peau; pratiquement, ils se comportent comme des baso-cellulaires tant par leur apparence, leur siège habituel, l'absence générale de ganglions.)

Les baso-cellulaires diffèrent essentiellement des spino, non pas par leur radiosensibilité, qui n'est

qu'une question de degré, mais par leur absence absolument constante d'adénopathie satellite (on a fait jouer un rôle important à la stroma réaction pour expliquer le non-envahissement des ganglions dans les cancers baso-cellulaires).

EN PRATIQUE :

I. - EPITHELIOMA BASO-CELLULAIRE

On rencontre presque exclusivement des baso-cellulaires dans la partie inférieure de la face, au-dessous de l'horizontale passant par la commissure. (Les cancers cutanéomuqueux de la lèvre inférieure étant exclus, il s'agit seulement ici des néoplasmes cutanés.)

Dans ces conditions (limites topographiques de l'aire lymphatique, baso-cellulaires prédominant dans cette région), l'évidement sous-maxillaire pour néo-cutané de la face est une indication exceptionnelle.

La tumeur primitive cutanée guérit dans 85 à 90 % des cas, soit par irradiation en surface, soit par chirurgie pure (ablation large suivie de suture immédiate avec ou sans plastie). Ces néo-cutanés guéris par des procédés caustiques dans les services de dermatologie donnent des guérisons presque constantes.

Le choix de la méthode est dicté par le siège de la lésion et non par sa nature histologique.

Leur tendance à la récurrence locale plus ou moins grande mais très lente constitue le seul caractère de gravité de ces épithéliomas sans adénopathie.

Donc, pour un épithélioma baso-cellulaire du menton, de la partie cutanée de la lèvre inférieure, de la partie basse de la joue, au-dessous de l'horizontale passant par la commissure, on ne fera pas d'évidement sous-maxillaire, même si on perçoit des ganglions dans la région.

Cette adénopathie coexistant avec un néoplasme baso-cellulaire est intéressante au point de vue de la pathogénie, mais ne constitue pas une indication à intervenir; ils ne sont pas envahis par le cancer. Surveillance de 3 en 3 semaines.

2. - EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

Ils peuvent être accompagnés de ganglions cancéreux. Ils sont exceptionnels dans les limites topographiques des lymphatiques sous-maxillaires. Personnellement, nous n'en avons relevé aucun cas dans la partie basse de la face.

— La possibilité d'envahissement ganglionnaire nous dicterait l'évidement sous-maxillaire du côté correspondant si nous trouvions un spino-cellulaire dans cette région.

Les ganglions ne sont envahis que dans une proportion relativement faible de cas, mais nous croyons que l'évidement systématique constituerait un élément de sécurité.

3. - AUTRES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

Les spino-cellulaires sont surtout fréquents dans la région temporale et fronto-temporale. Nous n'avons pas l'intention de proposer pour eux l'évidement systématique. La lésion primitive a été facilement guérie, il n'est pas question de faire chez un tel malade, sur des ganglions dont l'envahissement est problématique, une opération large (évidement sous-maxillo-carotidien) et forcément incomplète puisqu'elle s'adresse à un territoire étendu et inaccessible (ganglions parotidiens). Il n'y aurait plus aucune proportion logique entre le risque ganglionnaire et l'acte chirurgical.

Traitement de la tumeur primitive, surveillance des aires ganglionnaires.

Ceci en opposition avec les épithéliomas spino-cellulaires siégeant au-dessous de l'horizontale passant par la commissure pour lesquels l'évidement sous-maxillaire systématique, opération facile, s'adressant à une zone lymphatique complètement accessible, nous paraît être le complément logique du traitement de la tumeur primitive.

4. - LES NOEVO-CARCINOMES

Premier point : le Nœvus dégénéré doit siéger au-dessous de la même limite pour rentrer dans le cadre strict de l'évidement sous-maxillaire.

Le nœvus dégénéré absolument insensible aux radiations, quelles qu'elles soient, a été enlevé large-

ment au bistouri électrique, en passant bien à distance, le fond de la plaie a été coagulé.

Immédiatement avant l'exérèse, biopsie au bistouri simple. Biopsie sans danger puisque faite immédiatement avant la coagulation; biopsie indispensable pour reconnaître la dégénérescence du *nœvus* (cliniquement, il est souvent difficile de l'affirmer, *nœvus* pigmentaire infecté par grattage; baso-cellulaire pigmenté, peuvent poser des diagnostics de dégénérescence bien difficiles à trancher).

L'AIRE GANGLIONNAIRE CORRESPONDANTE :

— Il y a des ganglions perceptibles : évidemment.

La nature maligne sera reconnue tantôt d'emblée, en présence de l'aspect noirâtre des ganglions, tantôt à l'examen microscopique seulement.

— Il n'y a pas de ganglions cliniquement perceptibles.

Nous croyons qu'il faut faire systématiquement l'évidement sous-maxillaire, parce que l'examen histologique peut déceler un envahissement microscopique (3 malades sur 14). Opération faite deux ou trois jours après la destruction de la tumeur primitive, le temps d'avoir l'examen histologique de celle-ci.

Cet évidement pour *nœvus* dégénéré, fait au bistouri électrique, ne donne pas (même si l'examen des ganglions est négatif) la sécurité presque absolue

qu'il fournit pour un cancer de la lèvre. Cette lésion est dominée par son caractère follement métastatique dans d'autres ganglions, dans les viscères ; ce qui règle leur pronostic.

Mais ce caractère ne doit pas faire négliger l'évidence de l'aire correspondante sous prétexte que la tumeur primitive détruite, il serait illusoire de faire autre chose.

M. Tailhefer rapporte 25 cas de nævi dégénérés des membres ou de la face.

— Ganglions non envahis: 6 cas.

5 guérisons datant de 2 à 5 ans.

1 mort par récurrence locale et généralisation en 8 mois.

— Ganglions envahis : 19 cas.

Premier groupe de 14 cas : traités complètement (tumeur primitive et ganglion).

Sur ces 14 cas, 3 fois l'envahissement ganglionnaire a été révélé par l'examen histologique.

Sur ces 14 cas, 6 guérisons datant de deux à huit ans.

Deuxième groupe de 5 cas : cas où la tumeur primitive avait été enlevée plusieurs mois auparavant, souvent sans examen histologique.

Les 5 malades ont été adressés secondairement au docteur Tailhefer pour des adénopathies volumineuses. Mauvais cas.

4 sont morts, un est en vie depuis deux ans.

« Au total, en réunissant ces deux groupes de

« malades avec ganglions envahis, nous avons pu
« guérir 7 malades sur 19, ces malades étaient perdus
« si nous n'avions pas pratiqué systématiquement
« les évidements ganglionnaires. » (Doct. Tailhefer.)

Au contraire, quand les ganglions n'étaient pas envahis, 5 sur 6 ont pu être apparemment guéris.

— Dans ces conditions, il semble logique de proposer au malade porteur d'un nœvo-carcinome de la lèvre, du menton ou de la partie inférieure de la joue, un évidement sous-maxillaire systématique. Opération simple, faite à la locale, pratiquement sans risques et qui semble ajouter un complément de sécurité.

TUMEURS GANGLIONNAIRES MALIGNES PRIMITIVES

Nous citerons simplement pour mémoire les lymphosarcomes ou les sarcomes ganglionnaires, distinction purement histologique qui réalise le type de la tumeur petite (sous-maxillaire, par exemple) qui rapidement augmente, se fixe, adhère à la peau, devient inopérable.

Il semble d'ailleurs que les radiations soient la seule chose à proposer au malade dans ces lésions qui sortent du cadre d'une chirurgie correcte appliquée à une tumeur cancéreuse.

CHAPITRE V

LESIONS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Il ne s'agit plus ici d'un évidement au sens strict du terme mais d'une chirurgie à la demande des lésions. Il suffit en règle générale d'enlever la glande sous-maxillaire seulement. Dans ce chapitre, nous étudierons :

- Les tumeurs de la glande sous-maxillaire;
- Les sous-maxillaires lithiasiques.

LES TUMEURS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

- 1° Les tumeurs primitivement malignes.
- 2° Les tumeurs mixtes.

TUMEURS PRIMITIVEMENT MALIGNES. LES CYLINDROMES

Les cylindromes sont des tumeurs primitivement malignes à point de départ épithélial; ils constituent la forme la plus fréquente des néoplasies primitives des glandes salivaires. Le nom de cylindre donné à cet épithélioma est dû à des caractères histolo-

giques, en particulier à l'état muqueux du stroma qui borde les travées cancéreuses.

Sur les préparations, on distingue :

— d'une part : les cordons néoplasiques formés de cellules petites, assez régulières, creusées d'une cavité vacuolaire arrondie;

— d'autre part : le stroma extrêmement abondant par rapport aux cordons néoplasiques, formé par un tissu très lâche, surtout au voisinage des cellules cancéreuses. Les colorants (thionine, mucicarmin) colorent intensément le tissu conjonctif qui borde les cordons. Cet étui coloré, cylindroïde, est l'élément caractéristique du cylindrome.

Cet aspect microscopique ne caractérise d'ailleurs pas un groupe absolument autonome. Les épithéliomas baso-cellulaires de la peau peuvent subir une évolution cylindromateuse partielle plus ou moins étendue. Mais on le trouve surtout dans les néoplasmes des glandes muqueuses ou séro-muqueuses.

L'évolution cylindromateuse répond à une adaptation particulière de certaines lignées épithéliales (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix).

— Au point de vue clinique : tous les caractères d'une tumeur bénigne évoluant lentement apparue depuis plusieurs années. Souvent, le malade vient consulter pour une récurrence.

Le diagnostic fait le plus souvent est : tumeur mixte de la sous-maxillaire.

L'examen histologique découvre le cylindrome.

Ce sont des tumeurs malignes à évolution excessivement lente (8-10 ans), caractérisée par l'apparition de récidives locales; ne s'accompagnant pas d'adénopathie satellite, donnant finalement des métastases viscérales (surtout pulmonaires).

Nous possédons trois observations de cylindrome qui confirment ces notions :

M^{me} R... *Ernestine* (docteur Tailhefer) : — Vient consulter pour la première fois en janvier 1934. Tumeur grosse comme une orange, située dans la région sous-maxillaire gauche; pas d'adhérence à la peau, pas de signes de malignité. Parfaitement limitée. Bosselée, uniformément dure. Elle aurait mis dix ans pour atteindre son volume actuel (?). Diagnostic : tumeur mixte de la glande sous-maxillaire.

Le 19 février 1934 : Evidemment sous-maxillaire gauche (docteur Tailhefer). Pièce : en partie calcifiée.

Examen histologique : F. Curie (21.231), docteur Gricouroff. Cylindrome typique.

Le 15 février 1935, donc un an après : la malade vient consulter pour plusieurs gros noyaux encore mobiles siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire. Apparition progressive depuis trois mois. S'agit-il d'une récidive de la tumeur primitive ou de ganglions néoplasiques? On décide de réintervenir. Mais la malade a un accident et se fracture l'humérus droit au 1/3 supérieur. Radiographie osseuse. Fracture (aucun aspect de fracture pathologique sur métas-

tase). D'ailleurs bonne réduction sur un Pouliquen et consolidation.

L'opération sur le cou est faite à ce moment : évidemment carotidien avec résection de la jugulaire interne et du sterno (docteur Tailhefer).

On trouve une masse bas située au niveau de l'omohyoïdien, masse rétro-veineuse.

Examen histologique : pas de ganglions néoplasiques. Il s'agit bien de la récurrence d'un cylindre (Gricouff).

Le 2 décembre 1935. Cou : pas de traces de récurrence.

Humérus consolidé, mais signes de compression du radial par le cal.

Radiologiquement : cal soufflé, on se demande s'il s'agit d'une dystrophie osseuse du cal ou d'une métastase du cylindre. La réduction n'est pas parfaite, la consolidation est obtenue.

Opération : découverte du 1/3 supérieur de l'humérus droit dans le sillon delto-pectoral.

Prélèvement pour examen histologique.

Suture.

Examen histologique : il s'agit de la métastase d'un cylindre.

Traitement par R. X. (docteur Baclaisse).

En avril 1935 : très grosse amélioration, il n'y a plus de déformation humérale.

Revue en juin 1936 : état général et local parfait.

En février 1938 : métastases pulmonaires.

Mort 4 ans après le premier examen clinique, 14 ans après le début supposé de la maladie.

Les deux autres observations concernent des malades qui avaient été opérés antérieurement et viennent avec une récurrence sans diagnostic précis.

M^{me} V..., 43 ans (docteur Roux-Berger). — A déjà été opérée plusieurs années auparavant pour une tumeur dont elle ignore la nature.

Se présente le 8 juillet 1929 pour une tumeur située au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur, on croit sentir autour quelques ganglions.

Opération : évidemment en bloc de la région sous-maxillaire (docteur Roux-Berger). Opération satisfaisante mais on est gêné par le tissu de cicatrice de l'opération antérieure.

Suture assez difficile en raison de la grande quantité de peau enlevée.

Examen de la pièce : la tumeur est constituée par un tissu mou, rouge foncé, homogène.

Examen histologique : pas de ganglions envahis.

Cylindrome de la glande sous-maxillaire.

En décembre 1929, la malade semble présenter une récurrence locale. Puis ne vient plus à la consultation et est perdue de vue.

2° *M. F. Robert*, 34 ans (docteur Roux-Berger). — Le malade a subi en 1917 une première intervention par un chirurgien étranger. On ignore les raisons et les résultats de l'opération.

En 1931 : opéré à Charleville pour une tumeur sous-maxillaire gauche, très adhérente aux muscles.

Examen histologique : tumeur ayant la structure du corps thyroïde (Laboratoire municipal de Reims).

En avril 1933, vient consulter le docteur Roux-Berger.

Récidive : on constate une tumeur sous-maxillaire gauche, diffuse, bien limitée par places. Pas complètement fixée.

Peau non envahie.

Palper intra-buccal : on perçoit la tumeur, muqueuse non envahie. Amygdale gauche un peu sail-lante, consistance normale. Pas de ganglions.

Très sensible à la palpation, comme une lésion inflammatoire (douleur en se rasant).

Opération : extrêmement difficile à cause du caractère diffus de la tumeur et de son infiltration dans les muscles. Hémostase laborieuse.

Examen de la pièce : tumeur diffuse, dure, homogène, grisâtre. Pas de ganglions au voisinage.

Examen histologique (F. Curie 19.631), docteur Gricouroff.

Cylindrome de la glande salivaire.

Tumeur dont la malignité reste, en général, longtemps locale.

En janvier 35 (quatre ans après la première intervention) : Bon état général. Mais récidive qui évolue lentement.

Induration diffuse à la face interne de la branche horizontale du maxillaire ; induration sous-mentale

également suspecte. On est obligé de conseiller l'abstention, vu le caractère diffus et le peu de sensibilité de ces tumeurs.

Mars 35 : augmentation lente.

Apparition d'une voussure intra-buccale.

Douleurs.

Mars 36 : Tumeur énorme.

Face cutanée : tumeur étendue qui, partie de la région sous-maxillaire, se prolonge vers la région parotidienne et sous-mentale. On voit même le long de la branche montante un prolongement ptérygoïdien.

Peau relativement mobile. Non envahie.

Cavité bucale : la tumeur tombe dans le sillon maxillo-lingual, soulève le plancher de la bouche. La protraction de la langue est limitée. La tumeur envahit les deux piliers et la loge amygdalienne.

Malgré l'étendue des lésions, muqueuse non infiltrée.

On décide de faire des R. X.

Mars 36 : premier traitement par R. X.

Juin 36 : deuxième traitement Roentgenthérapique.

Octobre 36 : grosse amélioration locale. Bon état général.

Février 1938 : Douleurs. Région sous-maxillaire épaissie et douloureuse. Radio : vaste destruction de la branche montante du maxillaire inférieur par une lésion maligne.

Métastases pulmonaires.

Août 38 : tumeur volumineuse et ulcérée.

Métastases pulmonaires.

Décès.

Si l'on néglige la première intervention faite en 1917 sur laquelle on ne possède aucun renseignement, l'évolution s'est faite en sept ans.

Dans ces trois cas, le cylindrome de la glande sous-maxillaire est une découverte d'examen histologique.

Cliniquement : pas de caractères nets de malignité.

Malgré le volume de la tumeur : la peau et la muqueuse restent extrêmement longtemps non envahies (contrairement à une tumeur ganglionnaire cancéreuse).

Pas de ganglions satellites. Pas d'infestation ganglionnaire à distance.

Pronostic fatal : évolution lente, 8-10 ans, dominée par la fréquence des récidives locales. Métastases pulmonaires généralement tardives.

Les radiations ne semblent pas totalement inefficaces. (On a pu le voir dans une de ces observations.) Elles sont capables non pas de guérir ces lésions, mais de les influencer favorablement en donnant une régression plus ou moins importante de la masse tumorale. Régression qui peut être utilisée pour une action chirurgicale dans les cas extrêmes.

LES TUMEURS MIXTES

Diagnostic clinique posé devant une tumeur sous-maxillaire dont le début remonte à plusieurs années. Bosselée, indolente, de consistance ferme. Elle a un développement surtout cervical dans la région sous-maxillaire. Le toucher buccal permet de constater que le plancher de la bouche est libre et indolent, non soulevé par la tumeur.

Peau non adhérente. Tumeur mobile.

Aucun signe fonctionnel.

Au point de vue histo-pathologique, la localisation sous-maxillaire n'apporte aucun élément nouveau à ce genre de lésions dont l'histologie a été longuement et largement précisée depuis la première observation complète publiée par Michaux en janvier 1852. La dualité tissulaire retrouvée dans toutes ces lésions donne lieu à des explications pathogéniques multiples qui ne font pas l'unanimité.

Cette étude est dominée par la notion de « capsule d'enveloppe ». Capsule formée par les tissus glandulaires péri-tumoraux refoulés par le développement de la tumeur, d'où l'existence d'un plan de clivage et la possibilité d'énucléation.

En pratique, un fait domine la clinique de ces tumeurs mixtes, la fréquence des récidives après énucléation simple. Récidive plus ou moins tardive survenant souvent plusieurs années après la première intervention, susceptible de se répéter 3 et 4 fois et plus.

50 % au moins des tumeurs mixtes énucléées récidivent. Leroux (R.) et Leroux-Robert ont revu les observations et les coupes des diverses tumeurs mixtes des glandes salivaires opérées par Lecène. Six sur onze ont récidivé après énucléation.

Pour la glande sous-maxillaire, la question est simple, jamais d'énucléation. Toujours enlever la glande en totalité.

Opération faite à l'anesthésie locale, exécution facile, les clivages sont aisés. L'intervention ne présente en général aucune difficulté réelle. On ne se contentera pas de couper après ligature le prolongement antérieur de la glande au ras du bord postérieur du mylo-hyoïdien comme dans un évidement ; au contraire, un écarteur récline le bord postérieur du muscle et permet de suivre le prolongement glandulaire pour couper entre deux ligatures le canal excréteur bien isolé.

Le traitement des tumeurs mixtes est purement chirurgical. Nous relevons dans le travail de Gosset-Bertrand et Funck-Brentano la citation suivante tirée de l'édition de 1819 des Prix de l'Académie royale de chirurgie : « La glande sous-maxillaire endurcie
« doit être entièrement extirpée. La situation com-
« mode, la grosseur médiocre, l'éloignement des
« gros vaisseaux et nerfs, le bon caractère et l'indolence de ces tumeurs le permettent aussi bien que
« la bonne qualité des humeurs, la force et la jeunesse du malade. Avec ces conditions, l'instrument
« tranchant réussit très bien pour détruire tout d'un

« coup et sans grande douleur les glandes endurcies
« là où le feu, les caustiques et la simple ouverture
« ne feraient qu'entamer des corps qu'il faut empor-
« ter tout entier. »

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire seront donc traitées par ablation de toute la glande.

Ceci est vrai également pour la parotide où l'intervention est difficile, à cause de la situation anatomique de la lésion que l'on aborde par une voie étroite, d'où la faveur dont a pu jouir l'énucleation.

En dehors de ce fait précis (la fréquence des récidives après énucléation) et de conséquences thérapeutiques qui en découlent, il existe toute une série d'études histologiques qui cherchent à expliquer la récurrence alors qu'il y a une capsule d'enveloppe.

Pour certains : de petits éléments microscopiques histologiquement semblables à la tumeur principale existent dans le reste de la glande.

D'autres introduisent une notion différente; la capsule est infiltrée en un point. La tumeur reste bénigne. Le doigt qui suit le plan de clivage ne trouve aucune résistance réelle à cet endroit où la capsule est infiltrée. L'énucleation laisse donc des fragments tumoraux microscopiques.

P. Masson, enfin (P. Masson, *Diagnostic de laboratoire*), précise un point particulier.

La tumeur mixte devient souvent une tumeur maligne. Non pas au sens clinique du terme. Rarement

(1/10 des cas, Kutner) et très tardivement, au bout de longues années, on voit apparaître des signes cliniques de malignité — augmentation de volume, fixation, apparition de signes fonctionnels, circonstances qui, le plus souvent, amènent à voir des malades inopérables.

Fréquemment et précocement (P. Masson) apparaîtraient des signes histologiques de malignité dont le caractère le plus important est la disparition de la capsule et son envahissement en un point. La tumeur mixte bénigne est alors devenue une tumeur mixte maligne.

« Les contours sont moins nets, la capsule moins précise, elles adhèrent aux tissus voisins. Des lobules néoplasiques, très saillants, imparfaitement reliés à la masse principale de la tumeur, s'en détachent, restent dans la plaie opératoire, alors que le chirurgien pense avoir tout enlevé et sont le point de départ d'une récurrence locale. » (P. Masson.)

Cette transformation n'offre aucune manifestation clinique. La tumeur reste mobile, indolore, sans adénopathie. L'énucléation sera suivie de récurrence parce que la tumeur n'a pas été enlevée dans sa totalité.

Seules les « tumeurs mixtes bénignes », sans aucune malignité histologique, guériraient définitivement après énucléation.

Les « tumeurs mixtes malignes » récidiveraient localement, mais rien ne permet de faire cette distinction avant d'opérer. Cette transformation maligne microscopique serait fréquente et précoce ; le seul signe clinique de malignité serait, pendant de longues années, la récurrence locale.

RESUME DES TUMEURS DE LA SOUS-MAXILLAIRE

Pour la sous-maxillaire comme pour les autres glandes salivaires, on ne peut plus opposer nettement deux tableaux bien nets de bénignité et de malignité.

A la tumeur mixte bénigne, s'ajoute la notion de tumeur mixte maligne dont la malignité enclose se traduit seulement par des récurrences locales. Les tumeurs « primitivement malignes à type de cylindromes » sont bien proches de ces « tumeurs mixtes malignes », elles aussi récidivent localement et n'ont jamais d'adénopathie ; mais elles donnent des métastases viscérales. Enfin, à l'extrême, la tumeur manifestement dégénérée avec signes cliniques locaux de malignité, adénopathie satellite nette et métastase viscérale possible.

Tout ceci constitue une gamme de lésions microscopiques avec des types intermédiaires qui prêtent à de longues discussions histologiques.

LITHIASSE SOUS-MAXILLAIRE

Parmi les nombreuses causes de développement des calculs au niveau de l'appareil salivaire, il semble bien que l'infection joue un rôle primordial qui explique les lésions presque constantes des glandes et de leurs canaux excréteurs.

La lithiasse est beaucoup plus fréquente à la sous-maxillaire (90 %) qu'aux autres glandes et le calcul siège beaucoup plus souvent au niveau du canal excréteur que dans la glande elle-même. La lithiasse canaliculaire est la règle.

Le canal excréteur, siège habituel du calcul, est dilaté, mais des lésions de voisinage, l'inflammation de la glande sont quasi-constantes. Cette glande enflammée chroniquement augmente de volume, sa consistance est dure et ferme, elle présente histologiquement des lésions scléro-inflammatoires qui sont importantes à connaître pour la conduite du traitement.

Certains malades peuvent guérir par incision de la paroi du canal de Warthon par voie endo-buccale et extraction du calcul. Ce malade avait présenté le tableau classique de la colique salivaire : douleur vive irradiée à la langue survenant au début du repas. Gonflement subit de la région sublingale et sous-maxillaire dû à la brusque distension du canal et de

la glande par la salive. Phénomènes douloureux brusques et passagers ; en quelques minutes tout disparaît, un flot de salive s'écoule.

Diagnostic facile devant le caractère particulier des S. F.

Le toucher buccal, la radiographie si besoin, font le diagnostic.

Le malade opéré par simple incision du canal de Warthon et extraction du calcul, peut guérir, mais ce n'est pas la règle.

En général, d'autres accidents évolutifs finissent par imposer l'ablation de toute la glande sous-maxillaire. Parce que d'autres calculs se forment, les lésions glandulaires scléro-inflammatoires augmentent et passent à la chronicité. Le calcul extrait une fois ou même plusieurs fois, la glande reste grosse, douloureuse, tuméfaction sensible du plancher de la bouche, subissant une évolution par poussées, toute la région finit par être tendue, douloureuse, la peau fixée.

Dans d'autres cas, très rapidement, cette infection glandulaire aboutit à une collection suppurée rapidement collectée, pouvant prendre l'allure gangréneuse, comme nous l'avons vu dans un cas. Suppuration qui sera incisée et parfois demandera ultérieurement, toute suppuration étant tarie, l'ablation de la glande qui reste scléro-inflammatoire.

Nous voulons citer seulement le cas où les calculs sont intra-glandulaires. Pas de signes fonctionnels typiques, apparition souvent lente d'une tuméfaction

sous-maxillaire, dont les caractères inflammatoires ne sont pas toujours nets, grosse masse dure, fixée, peau adhérente, peut-être un peu rouge.

Si le diagnostic de la lithiase canaliculaire est chose facile, une tumeur ligneuse et chronique de la sous-maxillaire peut faire penser à un cancer, lorsque le calcul est intra-glandulaire. La douleur à la pression, la notion d'évolution par poussées et surtout la radiographie feront le diagnostic.

TRAITEMENT

1° Toute lithiase glandulaire doit être traitée d'emblée par l'ablation de toute la glande.

2° Toute lithiase canaliculaire doit être traitée par l'ablation de la glande et non plus par simple incision du canal de Warthon.

— Lorsque les calculs se reforment indéfiniment dans le canal excréteur.

— Lorsque, d'emblée après l'ablation simple du premier calcul, le malade revient consulter pour des phénomènes de sous-maxillite scléro-inflammatoires dont on sait la fréquence.

Pour les calculs canaliculaires à répétition, ou compliqués d'infection chronique de la glande, avec infiltration scléreuse de celle-ci, la thérapeutique la plus sage consiste à extirper en bloc et complètement la glande en poursuivant *aussi loin que possible son canal* (H. Redon).

— Cette ablation de la glande est, en général, dif-

ficile. Difficile parce que les lésions scléro-inflammatoires qui ont envahi la région rendent malaisés les clivages, parce que l'hémostase est pénible pour les mêmes raisons.

— C'est pourquoi il semble plus commode d'aborder la glande après avoir lié la faciale à son entrée et à sa sortie de la région, comme nous le proposons dans cette technique d'arrière en avant.

Facilité de l'hémostase, facilité de la découverte du plan de clivage rétro-glandulaire pour ces opérations parfois plus pénibles que les évidements pour cancer. Drainage large, au moins deux drains de caoutchouc en canon de fusil.

CHAPITRE VI

INCISION DE DÉCOUVERTE DANS UN BUT DIAGNOSTIC

Il est des cas où, devant une tumeur de la région sous-maxillaire, on ne peut pas faire de diagnostic précis, malgré un examen clinique minutieux.

L'examen endo-buccal, examen du pharynx et du larynx, radio de profil du carrefour aéro-digestif, tout reste négatif. Il ne s'agit sans doute pas d'une adénopathie secondaire. Les caractères de la tumeur sous-maxillaire sont bien précisés, on n'aboutit à aucune conclusion clinique. Aucun antécédent bacillaire. Pas d'autres masses semblables axillaires ou inguinales.

Le malade est revu une ou deux fois à trois semaines d'intervalle, la tumeur semble grossir. Il est impossible de dire avec certitude s'il s'agit de lésion bénigne ou maligne.

Deux cas possibles :

1° La lésion est inopérable. Sa masse, ses adhérences cutanées et en profondeur rendent illusoire toute exérèse correcte en un bloc. Dans ces conditions, se contenter d'une petite incision cutanée pour prélever un petit fragment tumoral. Examen histologique qui précisera le diagnostic et le pronostic et permettra de voir si on peut entreprendre un traitement radiothérapique avec quelques chances de succès.

2° La lésion est parfaitement opérable.

Il peut s'agir d'un cancer.

Se garder d'une incision petite et d'une exérèse limitée pour examen histologique.

L'opération doit être suffisamment large pour enlever en entier la région suspecte et ne courir aucun risque, s'il s'agit de cancer.

— Opération sans danger à l'anesthésie locale. C'est ainsi que fut enlevée une tumeur que l'examen histologique a montré être un schwanome.

— *Schwanoïde de la région sous-maxillaire*

— Mlle Lina C..., 15 ans (docteur Tailhefer).

La malade a été opérée à Rouen, en mai 1935, un an auparavant, pour une tumeur sous-maxillaire. Examen histologique : sarcome dont on ne précise pas le point de départ.

Le 3 juin 1936, vient consulter pour une récurrence grosse comme une orange, mais mobile. Pas de gan-

glions de voisinage. Ni carotidiens, ni sus-claviculaires.

Opération : tumeur volumineuse, mais bien mobile.

Technique habituelle.

On peut l'extirper correctement ; seul un prolongement monte très haut sur la face interne de la branche montante du maxillaire.

Hémostase difficile à ce niveau. Pince à demeure et mèche.

Pièce : tumeur multilobulée, grosse comme une orange.

A la coupe : tissu très ferme, avec, au centre, un foyer de nécrose.

Examen histologique (26.493). Docteur Gricouroff. Ganglions indemnes de néoplasme.

Il s'agit d'une tumeur d'aspect mésenchymateux dont l'origine schwannienne est probable.

En résumé : malignité probable, récurrence locale à craindre.

En juin 1937 : un an après.

Récurrence au niveau de l'angle de la mâchoire.

On conserve le sterno. On résèque la jugulaire.

Evidement carotidien. On constate que la tumeur du volume d'une noisette adhère à l'angle de la mâchoire.

Quelques ganglions haut situés.

Examen histologique : ganglions hypertrophiés sans envahissement néoplasique.

Tumeur récidivée.

En mars 1938, un an après.

Adénopathie ou récidence du volume d'un petit pois, au niveau de l'extrémité antérieure de l'incision sous-maxillaire.

Petite retouche locale. Excision du nodule, enlevé en totalité et à distance.

Examen histologique (30.307). Pas de récidence. C'est un ganglion indemne de tout néoplasme.

Revue le 6 juin 1939. Reste guérie.

Revue 1940. Reste guérie.

Mais, à côté d'observations comme celle de ce schwanome, l'intervention révèle parfois une simple adénopathie d'aspect tuberculeux ou bien l'examen histologique répond comme celui de M^{me} L..., 59 ans (examen histologique n° 9.955). « Tous les ganglions « présentent le même aspect. Lésions inflammatoires, « pas de calcification. Il ne s'agit probablement pas « de tuberculose (il y a cependant des cellules « géantes rappelant beaucoup les follicules tuberculeux, avec, parfois, nécrose fibrinoïde et sclérose). « Aucun signe de malignité. Des lésions de cette « sorte ont été observées à plusieurs reprises sans « qu'une origine précise ait jamais pu être déterminée. »

Comme dans plusieurs autres cas, il s'agissait d'une malade âgée chez laquelle on pouvait craindre une lésion maligne. Lésion primitive recherchée par examen endo-buccal. Pharynx et larynx. Radio de profil.

La possibilité d'une lésion maligne justifie alors une intervention large et complète. Bien préférable à une adénectomie ou à une biopsie plus ou moins large par une incision limitée, passant beaucoup trop près de la tumeur. Intervention tout à fait illogique à chaque fois que l'examen clinique fait penser qu'il peut s'agir d'un cancer et que la lésion strictement limitée à la région sous-maxillaire peut à la fois être enlevée en entier et examinée au microscope.

CONCLUSIONS

1° AU POINT DE VUE TOPOGRAPHIQUE :

L'anatomie normale, les données anatomo-cliniques, l'étude des récidives amènent à préciser les limites du territoire lymphatique drainé par les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux.

2° AU POINT DE VUE HISTOLOGIQUE :

3 sortes de ganglions peuvent se voir dans la sphère réactionnelle d'une tumeur maligne :

- ganglions cancéreux,
- ganglions inflammatoires,
- ganglions hyperplasiques (réaction réticulo-endothéliale ou stroma réaction. Hypertrophie ganglionnaire dont l'étiologie reste obscure.

Seul l'examen histologique après dissection de la pièce opératoire permet cette distinction. Il est impossible cliniquement de dire si les ganglions perçus sont cancéreux ou non.

3° AU POINT DE VUE PHYSIO-PATHOLOGIQUE :

Appuyé sur certains travaux récents, on a voulu faire jouer aux lymphatiques un rôle de barrage contre le cancer. Enlever cette « barrière lymphatique » serait une erreur.

Nous pensons au contraire que la notion classique reste vraie : les lymphatiques constituent la voie d'élection pour le néoplasme ; loin de limiter l'extension du mal, ils favorisent sa diffusion en réalisant une tumeur maligne semblable à la tumeur primitive.

4° LA TECHNIQUE :

La technique que nous décrivons comporte l'ablation en un bloc des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux qui forment un seul système lymphatique.

Cette lymphangiectomie ne peut être réalisée correctement qu'en enlevant la glande sous-maxillaire le plus souvent non envahie.

Cette technique comporte une progression d'arrière en avant qui permet de lier d'emblée la faciale dès son arrivée dans la région et rend facile la découverte du plan de clivage rétro-glandulaire.

Cette opération faite à l'anesthésie locale ne comporte pratiquement aucun risque. Seule l'ouverture de la muqueuse buccale constitue un danger réel, facile à éviter, quand on le connaît.

5° CONTRE-INDICATIONS :

Les cancers endo-buccaux, c'est-à-dire :

le cancer de la langue,

Le cancer du plancher de la bouche,

Le cancer de la face interne de la joue demandent un évidement sous-maxillaire et carotidien et non pas un simple évidement sous-maxillaire seul.

6° GÉNÉRALITÉS :

Les cas que nous avons retenus pour conclure sont ceux :

premièrement : des malades qui restent guéris de la lésion primitive, ce qui permet de juger le processus ganglionnaire seul ;

deuxièmement: sont indemnes de toute récidence depuis 3 ans minimum.

7° INDICATIONS :

A) *Les cancers des lèvres*

a) *Le cancer de la lèvre inférieure.*

Cancer cutanéomuqueux n'atteignant ni ligne médiane ni la commissure.

Cancer cutanéomuqueux gagnant la partie médiane mais respectant la commissure.

Nous avons réuni ces deux cas dans un même chapitre.

1° Cancer n'atteignant ni la ligne médiane ni la commissure.

— Evidement sous-maxillaire systématique du côté correspondant, que l'on sente des ganglions ou non.

— Evidement sous-maxillaire bilatéral si l'on sent des ganglions du côté opposé.

— Evidement sous-maxillaire et carotidien si l'on sent des ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

2° Le cancer atteint la ligne médiane mais respecte la commissure.

Evidement sous-maxillaire bilatéral systématique.

Justification de cette conduite thérapeutique

— Les adénopathies cancéreuses sont la grande cause de mortalité de ces lésions.

— La chirurgie reste dans l'état actuel des choses le seul recours contre ces ganglions. Les traitements par radiations donnent des résultats indiscutables sur la tumeur labiale mais se sont montrés sans action sur les adénopathies.

— Dans 60 % des cas au moins, ces ganglions ne sont pas cancéreux.

— Si ils sont cancéreux : 1/3 au moins de ces malades meurent de leur adénopathie. L'étude histologique de l'extension néoplasique constitue un bon élément pronostic.

— Si ils ne sont pas cancéreux : l'évidement met à l'abri des adénopathies cancéreuses tardives qui peuvent se développer progressivement mais parfois aussi avec un caractère de brusquerie qui les met d'emblée dans des conditions très mauvaises d'opérabilité. (Nous en apportons plusieurs observations.) De plus, l'évidement ajoute un élément de sécurité considérable, les récidives labiales facilement curables ne sont pas accompagnées d'une infestation lymphatique.

b) *Le cancer cutanéomuqueux de la lèvre supérieure.*

Beaucoup plus rare.

Contrairement à l'épithélioma de la lèvre inférieure, qui est pratiquement toujours spino-cellulaire. Il est tantôt baso, tantôt spino-cellulaire dans 50 % des cas.

Pas de thérapeutique ganglionnaire s'il est basocellulaire.

Même conduite thérapeutique que pour la lèvre inférieure s'il est spino-cellulaire.

c) *Le cancer de la commissure.*

Les ganglions sous-maxillaires ne forment pas un relai « obligatoire et électif ». Le territoire lymphatique est beaucoup plus étendu. Il est préférable de faire un évidement sous-maxillaire et carotidien.

B) *Certains cancers de la face*

1° *Limites topographiques.*

Seuls les cancers situés au-dessous d'une ligne horizontale passant par la commissure relèvent de l'évidement sous-maxillaire.

2° *Nature histologique du néoplasme.*

Dans cette région, on trouve le plus souvent des baso-cellulaires, donc pas de thérapeutique ganglionnaire. (Nous précisons qu'il s'agit ici des cancers cutanés et non plus des cancers de la muqueuse labiale).

La présence d'un néoplasme spino-cellulaire dans ces régions du menton, de la face cutanée de la lèvre inférieure, de la partie basse de la joue entraînerait un évidement systématique sous-maxillaire du côté correspondant.

3° *Les nœvo-carcinomes.*

Obéissant toujours aux mêmes règles topographiques, il semble que l'évidement sous-maxillaire apporte un élément de sécurité, bien que le pronostic de ces lésions soit dominé par leurs métastases à distance.

C) *Les lésions de la glande sous-maxillaire*

Il ne s'agit plus ici d'évidement au sens strict du terme mais de simple ablation de la glande seule. La

marche d'arrière en avant constitue une facilité et une sécurité.

1° *Les tumeurs de la glande.*

a) Tumeurs mixtes. — Sans discussion, au niveau de la glande sous-maxillaire, il faut préférer l'ablation de la glande à l'énucléation. Opération facile.

Le nombre des récidives, la fréquence des dégénérescences intra-glandulaires (tumeurs mixtes malignes) longtemps avant qu'apparaissent les signes cliniques de malignité, imposent cette ligne de conduite.

b) Les tumeurs primitivement malignes revêtent souvent l'allure de cylindrome.

Nous en apportons 3 observations qui soulignent les caractères de l'affection.

L'histologie révèle le cylindrome.

Diagnostic clinique de malignité : impossible.

Evolution lente en 8-10 ans ou plus. Caractérisée par la fréquence des récidives locales, l'absence d'adénopathies satellites, l'apparition tardive de métastases (surtout pulmonaires).

2° *Les lithiases sous-maxillaires.*

L'ablation de la glande s'impose souvent à cause des accidents quasi constants de sous-maxillite scléro-inflammatoire.

Opération difficile, clivages malaisés, hémostase pénible. La marche d'arrière en avant permet de lier rapidement la faciale, facilite la découverte du plan

de clivage, rend l'opération plus aisée puisqu'on aborde en dernier la partie antérieure de la glande et le prolongement intrabuccal où les lésions sont les plus nettes.

D) Incision de découverte dans un but diagnostic.

La possibilité d'une tumeur maligne justifie une intervention large et complète. Une lésion strictement limitée à la région sous-maxillaire peut ainsi être enlevée en entier et examinée au microscope.

L'adénectomie limitée ou la biopsie par une petite incision ne se justifie que devant une tumeur inopérable. Dans le cas contraire, c'est faire courir au malade un risque d'ensemencement massif de la région, et créer parfois très rapidement des conditions d'inopérabilité.

Pour le Recteur de l'Académie de Paris,

Vu :

Le Doyen,

BAUDOUIN.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Ch. LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur de l'Académie de Paris :

L'Inspecteur d'Académie,

ABRY.

BIBLIOGRAPHIE

1) ADÉNOPATHIES CANCÉREUSES SECONDAIRES

AULER et SCHILLING (W). — *Zeitschrift für Krebsforsch.*, Berlin, 28 août 1937, 46, n° 4, 241-246.

BERNARD (R.). — Traitement chirurgical des adénopathies du cou. (*J. de chirurgie*, sept. 1937; p. 241).

BÉRARD et PONTIUS. — Traitement du K. des paupières. (*Bull. Assoc. fr. Étude du Cancer*, Paris, décembre 1934).

BÉRARD et CRÉYSSEL. — Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec de la radiothérapie. (*Paris Médical*, 1930).

BLAIR, BROWN, HAM. — Traitement radical du cancer de la lèvre. (*Am. Journ. of Roentg.*, fév. 1933).

CORTIAL. — Cancer du pavillon de l'oreille. (*Thèse de Lyon*, 35).

CRÉYSSEL et MARTIN. — De l'anesthésie loco-régionale dans le curage cervical. (*Revue de chirurgie*, juin 1931).

DELARUE et FAYEIN (M^{me} C.). — A propos de l'observation du Docteur Ducuing, décembre 1937. (*Bull. Ass. fr. Étude Cancer*, janvier 1938).

DUBOIS-ROQUEBERT. — (*Thèse Fac. Méd. Paris*, 1924. Librairie Arnette).

DUCUING. — Le Nœvo-cartinome (Clinique et Thérapeutique). (*Toulouse Médical*, juillet 1927).

- DUCUING (J.). — Place de l'évidement prophylactique dans le traitement du cancer de la lèvre supérieure. (*Bull. Ass. fr. pour l'Etude du Cancer*, décembre 1937).
- Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. (*Journées internationales de cancérologie*, Liège, Juin 1939).
- DUFFY (James J.). — Cervical Lymph Nodes in intra oral carcinoma. Surgery or Radiations. (*Am. J. Røentg. and Radium Therapy*, mars 1938, n° 5, 767-777).
- FISCHEL (Ellis). — Traitement rationnel pour le K. de la lèvre inférieure. (*Am. Journ. of Cancer*, New-York, 1931)).
- FRUCHAUD. — Chirurgie et Radiations dans le traitement des cancers superficiels. (Angers, 1937).
- HALL. — Radiothérapie des Epithéliomas de la lèvre. (*Am. Journ. Røentg.*, juillet 1937).
- HOFFMAN (J.). — Traitement des Cancers cutanés. (*Thèse Fac. Méd. de Paris*, 1930).
- HOLLANDER. — Traitement du Cancer de la lèvre. (*Arch. Phys. Thérap. X-RA.*, New-York, 1936).
- IMBERT (Léon). — Les cancers de la face. (*Cahiers de Radiologie.*, 15 fév. 1936, n° 19, p. 23).
- KORBLER. — Métastase ganglionnaire dans les cancers du nez et du front. (*Arch. Klin. Chir.*, Berlin, 8 mars 1938).
- LACASSAGNE. — Cancers de la peau. (*Annales de la Fondation Curie*).
- Le résultat de la Curiethérapie dans les Néo de la lèvre. (*Arch. Elec. Méd. Bordeaux*, 1929.)
- LANE-CLAYPON (Janet E.). — Rapport sur le cancer de la lèvre, de la langue et de la peau. (*Reports on Public Health and Medical subjects*, Londres, 1930).

LOUSTE et THIBAUT. — Adénite pseudo-cancéreuse et épithélioma cutané. (*Bull. Soc. fr. Dermato-syphiligraphie*, juin 1931).

MASSON (P.). — Diagnostics de Laboratoire. (Paris, 1923).

MÉTIVET. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 60, n° 29, 7 novembre 1934.

MEYERS (E.-S.). — Epithélioma de la lèvre. Retentissement ganglionnaire et la méthode du « attendre et voir venir ». (*Méd. J. Australia*, Sydney, 1937).

PÉRIN (Lucien). — De la transformation cancéreuse des nævus. (*Paris Médical*, janvier 1937).

PITON (Alain). — Contribution à l'étude des adénopathies cancéreuses secondaires du cou. (*Thèse de Paris*, 1927).

REGAUD et BARJON. — Anatomie du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins. (Paris, 1897).

REGAUD (Cl.), LACASSAGNE (A.), ROUX-BERGER (J.-L.). — Adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche. (*Annales de la Fondation Curie*).

ROUX-BERGER. — Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue. (*Annales de la Fondation Curie*).

ROUX-BERGER (J.-L.) et MONOD (O.). — Traitement des épithéliomas de la langue. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* 1927, 53, n° 15).

ROUX-BERGER (J.-L.), TAILHEFER (A.). — Le curage des ganglions du cou dans les cancers bucco-pharyngés. (*Presse Médicale*, 25 mars 1933).

— Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 7 juin 1939).

- ROUX-BERGÉ (J.-L.) et JADLOVSKÝ (M^{me} M.). — L'envahissement lymphatique dans les cancers de la base de la langue. (*Presse Médicale*, 6-9 mars 1940).
- ROUX-BERGÉ (J.-L.). — Cancer et système lymphatique. Faut-il respecter le tissu sain: (*Presse Médicale*, n° 56-57, 3 août 1940).
- SCHMIDT WERNER. — *Zeitsch. g. Krebsforsch.*, Berlin, 10 mai 1939, n° 6, 506-519.
- SCHREINER. — Résultat du traitement du cancer de la lèvre. (*Radiological Review*, Chicago 1929).
- STEWART, HARRISON (R.). — Le cancer de la lèvre. (*Strahlentherapie*, mars 1933).
- TAILHEFER (A.). — État actuel du traitement du cancer de la langue. (*Revue de Stomatologie*, février 1937).
- Traitement des Nœvo-carcinomes par l'électro-chirurgie. (*Orientation Médicale*, mai 1938).
- THOMAS. — Un rapport sur le cancer de la peau: (*H.-M. Stationery Office*, Londres, 1933).
- TRUFFERT. — Evidement sous-maxillaire. (*Journ. de Chirurgie*, janvier 1933).
- WIDMANN. — Carcinoma of the lip: (*American Journ. Roentg.* 1934).
- WILE et HAND. — Cancers de la lèvre. Résultats. (*J. Am. Méd. Ass. Chicago*, 1937).

2) TUMEURS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

- AHLBOM (Hugo E.). — Tumeurs des glandes muqueuses et salivaires: 254 cas traités. (*Acta Radiologica*, Stockholm, 1935).
- BERTRAND et POLOSSON. — Un cas de cylindrome sous-maxillaire: (*Lyon chirurgical*, 1930).
- CHEVASSU. — *Revue de Chirurgie*, 1910, t. XLI.
- DELANNOY. — *Revue de Chirurgie*, 1923.

- FOLLIASSON et MENCIAÈRE. — *Ann. anat. Path. et Anat. Med. Chir.*, juin 1931.
- GUNS et PICARD. — 2 cas de tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. (*Ann. Mal. Oreilles*, octobre 1929, t. XLVIII, n° 10).
- GOSSET, BERTRAND et FUNCK-BRENTANO. — *Journal de Chirurgie*, août 1932.
- HARTMANN. — *Journal des Praticiens*, 1921, n° 46, t. XXXV, p. 760.
- LECENE et MONDOR. — *Société d'anatomie*, mars 1911.
- LEGENDRÉ. — *Thèse de Bordeaux*, 1913.
- LEMAITRE et OMBREDANNE. — *Soc. Laryngologie Hôp. Paris*, 18 juillet 1928.
- *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLVII, p. 1126 (1928).
- LEROUX (Roger). — A propos des tumeurs des glandes salivaires. (*Bull. Ass. fr. Étude Cancer*, janvier 1926).
- LEROUX (Roger) et LEROUX-ROBERT (Jean). — (*Annales oto-laryngologie*, Paris, février 1936).
- MASSON. — *Atlas du Cancer*, fasc. VI et VII, septembre 1924.
- MORESTIN. — *Bull. de la Société de chirurgie*. 1909, p. 653.
- PATEY (D.-H.). — Tumeurs mixtes des glandes salivaires. (*Brit. Journ. Surg.*, Bristol 1936).
- SABRAZÈS, RÉCHOU et LACÔSTE. — *Journ. de Méd. Bordeaux*, 25 juin 1927.

3) CALCUL DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

- BONNET-ROY (Flavien). — Formes cliniques de la lithiase sous-maxillaire. (*Rev. Méd. Franç.*, n° 1, janvier 1931, p. 13).
- CHIAROLANZA. — Le calculose de la glande sous-maxillaire. (*Arch. Italiano di Chir.*, décembre 1931. *Congrès de la Société italienne de Chir.*, Bari., oct. 1931).
- CONSTAING-DECHAUME et DUBA. — Trois cas de lithiase sous-maxillaire. (*Rev. de Stomatol.*, 31 : 207-311, avril 1929).
- COSTANTINI, CURTILLET et LIARAS. — Lithiase sous-maxillaire bilatérale. (*Société de Chirurgie d'Alger*, séance de mars 1935, in : *Algérie Médicale*, juin 1935, n° 90).
- COURTY, GAMELIN et BAYART. — La lithiase de la glande sous-maxillaire. (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, n° 32, 11 août 1935).
- DELANNOY et BOURY. — Considérations sur la lithiase sous-maxillaire. (*Ann. d'Anat. path.* 8 : 620-626, juin 1931).
- DELANNOY et DRIESSENS. — La forme intra-glandulaire de la lithiase de la glande sous-maxillaire. (*Rev. de chir.* LI, n° 7, Paris, juillet 1932).
- DHALLUIN et BEDRINE. — Lithiase sous-maxillaire à forme intra-glandulaire. (*L'Echo Médical du Nord*, 2° S. n° 671, 37° ann., n° 21, 27 mai 1933).
- DUFOURMENTEL. — Lithiase des glandes sous-maxillaires. (*Bull. et Mém. Société des Chirurg. Paris*, 1925, p. 442).
- FITZWILLIAMS. — Submaxillary calculus. (*Practitioner*, CXVI, 1926, n° 6, p. 411).
- GANDINI (M.). — Contributo clinico alla litiasi salivare sotto-maxellare. (*Arch. ital. di otol.* 45 : 755-764, oct. 1934).

GASTON (Alain). — La lithiase sous-maxillaire. (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 9, septembre 1931).

GRANDCLAUDE (C.) et DRIESSENS (J.). — Etude anatomo-clinique des lésions de la glande sous-maxillaire d'origine lithiasique. (*Echo Méd. Nord*, n° 17, T. 3, 3^e série, 28 avril 1935).

JACOD (M.) et PASSOT. — Lithiase sous-maxillaire avec gros calculs multiples enclavés dans la glande. Phlegmon sous-maxillaire fistulisé dans la bouche. (*Lyon Médic.*, 155 : 119-122, 27 janvier 1932).

— Lithiase sous-maxillaire avec gros calculs multiples enclavés dans la glande. Phlegmon sous-maxillaire fistulé dans la bouche. Ablation de la glande. (Société d'O.R.L. de Lyon, séance du 9 juillet 1934, in : *Les Ann. d'Oto-Laryng.* n° 12, déc. 1934).

MICHEL (Albert). — Lithiase de la glande sous-maxillaire. Société des Sciences méd. de Saint-Etienne, séance du 16 janvier 1935, in : *La Loire Médicale*, n° 4, avril 1935).

MOREAU. — Calcul de la glande maxillaire. (*J. de Chirurgie et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 27 : 199, 1928).

MOREAUX (René) et DE NANCY. — A propos du traitement de la lithiase salivaire sous-maxillaire. (*Rev. Laryng. Otol. rhinol.*, n° 1, janvier 1936).

PATTERSON. — Calculs de la glande sous-maxillaire. (*Annals of Surgery*, Philadelphie, vol. XCV, n° 1, janvier 1932).

PHILIP (Raymond). — La lithiase sous-maxillaire. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n°s 15-16, 15-31 août, 52^e année).

POUJOL et BRETON. — Lithiase infectée de la sous-maxillaire ; indications et techniques opératoires ; procédé radiographique. (*Revue de Stomatol.*, 30 : 278-284, mai 1928).

REBATTU et PARTHIOT. — Calcul de la sous-maxillaire intra-glandulaire. (*Lyon méd.*, 141 : 640-642, 3 juin 1928).

ZIEGELMAN (E.-F.). — Des calculs des glandes sous-maxillaire et sublingale et de leurs canaux. (*Archiv. of otol.*, Chicago, 19, 3 mars 1934, in : *Annales d'Oto-Laryng.*, n° 3, mars 1935).

TABLE DES MATIÈRES

RAPPEL ANATOMIQUE.....	11
Les ganglions.....	11
Territoires lymphatiques afférents	14
Territoires lymphatiques qui n'aboutissent pas aux ganglions sous-maxillaires et sous- mentaux	17
CONSIDÉRATIONS SUR L'HISTOLOGIE ET LA PATHO- LOGIE DES LYMPHATIQUES CANCÉREUX.....	21
Histologie	21
Pathogénie	22
TECHNIQUE	27
Généralités	27
Technique de l'évidement unilatéral.....	30
Evidement sous-maxillaire bilatéral.....	42
Variantes techniques en présence d'une adé- nopathie fixée en profondeur. Peau intacte.	43
Adénopathies volumineuses avec peau fixée et envahie	45
Techniques atypiques à rejeter.....	47
Ablation de la glande sous-maxillaire sans évidement de la région.....	48

INDICATIONS OPÉRATOIRES.....	51
Adénopathies cancéreuses secondaires.....	52
Limites ou contre-indications de l'évidement sous-maxillaire	52
Indications de l'évidement sous-maxillaire....	55
Le cancer de la lèvre inférieure qui n'atteint ni la ligne médiane, ni la commissure.....	56
Le néoplasme de la lèvre atteint la ligne médiane	68
LE CANCER DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.....	73
L'ÉPITHÉLIOMA DE LA COMMISSURE.....	77
EPITHÉLIOMAS CUTANÉS DE LA FACE.....	83
LÉSIONS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.....	91
LITHIASE SOUS-MAXILLAIRE	104
INCISION DE DÉCOUVERTE DANS UN BUT DIAGNOSTIC.	109
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	123